

Mellom påbud og frivillighet

Strategier i de norske vaksinasjonsprogrammene 1940-1980

Henrik Harthug



HIS 350 Masteroppgave i historie ved Institutt for arkeologi,
historie, kultur- og religionsvitenskap

UNIVERSITETET I BERGEN

Våren 2014

Mellom påbud og frivillighet: Strategier i de norske vaksinasjonsprogrammene 1940-1980

© Henrik Harthug

2014

Mellom påbud og frivillighet: Strategier i de norske vaksinasjonsprogrammene 1940-1980

Henrik Harthug

<https://bora.uib.no/>

Summary

This thesis examines the strategies in the Norwegian vaccination programs from the 1940's to the 1980's. In the 1940's and the 1950's the strategies were characterized by laws that made vaccination mandatory and enabled the health authorities to take measures on medical grounds to prevent the spread of disease. However, the mandatory vaccines against tuberculosis and smallpox were distributed to the population without a general use of or threats of punishment. Instead, the population was to be persuaded with arguments that combined medical facts with fear of contagion, and appeals to the individual's duty to prevent disease.

In the 1950's new vaccines were introduced. The period was overall characterized by different approaches to immunization, where some vaccines were mandatory while others were not. The introduction of combination vaccines against diphtheria, tetanus and pertussis made widespread use of vaccines easier. Vaccination aimed primarily at children in infant and school age. The development of public health nursing services and school health services were important structural measures for the implementation of the vaccination programs on a national scale. These structural measures were expanded from the late 1950's onwards, and made it possible to use an increasing number of vaccines in the 1960's and 1970's. At the same time the epidemiological transition changed the underlying terms of the vaccination programs. The effort was no longer aimed at fighting epidemics in the population, but was increasingly aimed at keeping diseases at bay. The mandatory smallpox vaccination was increasingly criticized because the risk of complication was judged to be disproportionate to the risk the disease itself posed, and the general use of the vaccine came to an end in 1976. However, vaccination against tuberculosis was still mandatory until 1995.

From about 1970 a new focus on the rights of the individual changed the arguments for vaccination. Such rights could not be combined with appeals to the individual's duty in a strict sense. Therefore, the arguments for vaccination increasingly emphasized on the benefit of vaccination for the individual and the individual's autonomy to choose. However, arguments with appeals to solidarity were still used, such as the obligation to protect others who could not personally get vaccinated. Over time the vaccination strategies have sought to persuade the population of the usefulness of vaccines, with benefits for both the individual

and society as a whole. However, the sanctions in relation to the mandatory vaccines were gradually downplayed and the rights and autonomy of the individual increasingly underscored.

Forord

En stor takk til veilederen min Teemu Ryymin for gode innspill, et kritisk blikk og evne til å motivere og inspirere underveis.

Takk til foreldrene mine, Lisbeth og Stig, for inspirasjon og støtte, og til Jon og Ida for gjestfrihet under min arkivreise til Oslo.

Takk til Sondre for korrektur og Alexandra som har støttet og oppmuntret meg hele veien, ikke minst når arbeidsmengden har virket uoverkommelig.

En takk går også til Hanne Nøkleby ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt som gikk med på å møte meg og ga meg tilgang til enkelte kilder, og Ole Berg for faglig raushet når han lot meg lese sitt upubliserte manuskript.

Takk til alle deltakere på masterseminaret, faglig ansatte og studenter, og alle medstudenter i tredje etasje. Dere har alle bidratt til å gjøre de siste to årene til en lærerik, spennende og ikke minst kjekk tid.

Denne masteroppgaven er et resultat av mange idéer og innspill underveis, og hadde neppe fått sin nåværende form uten disse bidragene. Skulle det imidlertid være mangler i det endelige resultatet er ansvaret mitt alene.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| Kapittel 1: Innledning..... | 1 |
| <i>Dagens offentlige vaksinasjonsarbeid – et diversifisert program</i> | <i>2</i> |
| <i>Tidligere forskning om forebyggende helsearbeid og vaksinasjon</i> | <i>3</i> |
| Generelle fremstillinger | 3 |
| Vaksinasjon som et selvstendig emnefelt..... | 5 |
| Historiske studier..... | 5 |
| Kulturvitenskapelig forskning med vaksinasjon som tema | 7 |
| Et samfunnsvitenskaplig perspektiv på forebyggende helsearbeid..... | 8 |
| <i>Problemstillinger</i> | <i>9</i> |
| <i>Hypoteser.....</i> | <i>10</i> |
| <i>Metodisk tilnærming</i> | <i>11</i> |
| Virkemidler | 11 |
| Aktører og aktørgrupper i politikk og forvaltning..... | 13 |
| <i>Kilder.....</i> | <i>14</i> |
| Dokumenter fra Helsedirektoratets arkiv, Riksarkivet | 14 |
| Informasjonsmateriale fra Nasjonalt folkehelseinstitutt..... | 15 |
| Meddelelsesblad for helsedirektoratet og Synapse | 15 |
| Tidsskrift for Den norske lægeforening..... | 16 |
| Helsedirektør Karl Evangs utgivelser | 16 |
| Aviser..... | 17 |
| Oppgavens gang | 17 |
| Kapittel 2: Vaksinasjonspåbud i lov og praksis | 18 |
| Innledning | 18 |
| Midlertidig lov om vaksinasjon av 26. januar 1940..... | 18 |
| Folkehelsen i krigsårene: Nye epidemier og tiltak | 20 |
| Gjenreisning og re-etablering av lovlige helselover..... | 22 |
| Kontinuitet i lovgivningen 1940-1954..... | 24 |
| <i>Kampen mot tuberkulosen fra 1947 – ny lovgivning.....</i> | <i>25</i> |
| <i>Realisering av tuberkulosebestemmelsene: Påbud og propaganda</i> | <i>28</i> |
| Lov om vaksinasjon av 1954 | 33 |
| <i>Påbudt koppevaksinasjon i praksis 1955-1961.....</i> | <i>35</i> |
| Helsesøstre, helsestasjoner og skolehelsetjeneste: strukturelle tiltak for vaksinasjon..... | 37 |
| Konklusjon: Allmenn vaksinasjon gjennom påbud, propaganda og gratis vaksine..... | 39 |
| Kapittel 3: Vaksinasjonsarbeidet i vekst 1950-1960..... | 42 |
| <i>Kombinasjonsvaksinene mot difteri, stivkrampe og kikhoste – frivillig grunnvaksinasjon</i> | <i>42</i> |
| <i>Poliovaksinasjon: Endelig “et middel i hende”</i> | <i>51</i> |
| 1950-tallets vaksinasjonsprogrammer | 56 |
| <i>Konklusjon: Ulike strategier – et mangesidig vaksinasjonsarbeid.....</i> | <i>58</i> |
| Kapittel 4: Fra et mangfoldig vaksinasjonsarbeid til ett vaksinasjonsprogram, 1958-1976 | 61 |
| Argumentene for kombinasjonsvaksinasjon rettet mot barn– difteri og tetanus på kjøpet..... | 69 |
| Fra vaksinasjonsprogrammer til ett program 1958-1969..... | 70 |
| <i>Koppevaksinasjon og BCG til 1976: “de gode kommunikasjons- og reisemuligheter”</i> | <i>73</i> |
| 1970-årenes enhetlige vaksinasjonsprogram | 79 |
| Skiftet fra vaksinasjonsplikt til vaksinasjon som rettighet..... | 84 |
| Konklusjon: fra smittekamp til importvern, mellom plikt og rettighet | 89 |
| Kapittel 5: Vaksinasjonsstrategiske linjer i perioden 1940-1976 | 91 |
| Vaksinasjonspåbud i lov og praksis..... | 91 |
| Vaksinasjonsarbeidet i vekst | 93 |

| | |
|---|-----------|
| <i>Fra et mangfoldig vaksinasjonsarbeid til ett vaksinasjonsprogram</i> | <i>94</i> |
| <i>Vaksinasjonsstrategiske linjer</i> | <i>95</i> |
| <i>Forslag til videre forskning</i> | <i>96</i> |
| litteratur og kilder | 97 |
| Litteratur | 97 |
| Trykte kilder | 98 |
| Kilder fra Riksarkivet (R. A.) | 98 |
| Helsedirektør Karl Evangs utgivelser | 98 |
| Aviser og tidsskrift | 98 |
| Materiell fra Nasjonalt folkehelseinstitutt | 99 |
| Stortingets forhandlinger | 99 |
| Nettbaserte kilder | 100 |

Kapittel 1: Innledning

Vaksinasjon – samfunnets våpen i kampen mot epidemiene

I moderne tid har medisinfagets utvikling gitt samfunnet en biomedisinsk forståelse av smitte, og med det effektive tiltak for å forebygge sykdom. Også før legevitenskapens gjennombrudd forsøkte mennesker å beskytte seg mot smitte. Én metode var immunisering, en teknikk basert på observasjonen at de som gjennomgår en sykdom ikke får den samme sykdommen igjen senere. Denne erfaringen la grunnlag for tidlige immuniseringsforsøk med inokulasjon, der et riss i huden ble smurt inn med koppematerie, en praksis dokumentert i Norge fra 1755. Denne metoden var risikabel og fikk aldri stor utbredelse i landet. Vaksinasjon mot kopper ved hjelp av kryssimmunitet mot kukopper, derimot, var tryggere og fikk stor utbredelse etter innføringen av påbudt vaksinasjon i 1810.¹ Bakteriologiens gjennombrudd fra 1880-årene, med ny kunnskap om bakterier og smitteveier la et nytt grunnlag for det forebyggende arbeidet. Den terapeutiske nytte av de nye innsikter var til å begynne med begrenset, men fikk betydning for forebygging i regi av leger, myndigheter og frivillige organisasjoner.² På sikt dannet den bakteriologiske innsikten, etter hvert supplert av virologien, grunnlag for utviklingen av nye vaksiner som samfunnet kunne ta i bruk i kampen mot smitte.

1900-tallet ble vaksinenes århundre. Stadig flere vaksiner ble utviklet og tatt i bruk. Økt levestandard hadde gjort mye for å begrense omfanget av sykdom og død av smittsomme sykdommer i første del av århundret. Ved bruk av vaksiner og andre smitteforebyggende tiltak kunne sykdom bekjempes ytterligere. I Norge som i mange andre land engasjerte det offentlige seg i økende grad med en rekke vaksinasjonstiltak fra midten av århundret. Internasjonalt fikk Verdens helseorganisasjon stor betydning etter stiftelsen i 1948, som et forum for utveksling av ideer, samarbeid og internasjonale kampanjer; Fra slutten av 1950-årene tok samarbeidet blant annet form som et utryddelsesprogram mot kopper.³ Selv om ikke alle sykdommer kunne utryddes, åpnet de nye vaksinasjonstiltakene for hittil uante muligheter i forebygging av smitte.

¹ Moseng, Ole G. 2003. *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. Bind 2: Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*: 167

² Schiøtz, Aina. 2003. *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. Bind 1: Folkets helse – landets styrke 1850-2003*: 51-53

³ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1958: 793; Lederartikkel “Verdens Helseorganisasjon gjennom 10 år”. Lederen siterer WHO's generalsekretær, M. G. Candau, ved organisasjonens ellefte generalforsamling: “Eradication has now become a guiding principle in health planning”. Dette prinsippet ble i økende grad brukt i bekjempelsen av de smittsomme sykdommene.

Hvor viktige vaksinene faktisk var for nedgang i sykkelighet og dødelighet av de smittsomme sykdommene hadde medisinerne ofte vanskelig for å si sikkert. Når det gjaldt nedgang i tuberkulosedødeligheten på 1800-tallet og første del av 1900-tallet var legene i perioden 1920- til 1940-årene uenige om hvorvidt den skyldes medisinske tiltak eller økning av levestandard.⁴ Nedgangen i infeksjonssykdommenes forekomst mer generelt kan forklares med forbedring i levestandard, ikke minst bedre kosthold og hygiene, kombinert med en rekke medisinske tiltak.⁵

Vaksinasjon var et av mange forebyggende helsetiltak som ble tatt i mer omfattende bruk i etterkrigs-Norge. Enkelte av vaksinene hadde blitt tilgjengelige før krigen. BCG-vaksinen kom til Norge i 1930, men noen offentlig massevaksinasjon ble ikke iverksatt med det første. Difterivaksinen hadde blitt introdusert før krigen, men ble først tatt i utstrakt bruk under krigen når nye epidemier brøt ut.⁶

Samtidig fantes en viss kontinuitet i smitteforebygging og vaksinasjonstiltakene fra førkrigs-Norge til etterkrigens samfunn. Sett under ett var perioden preget av nye vaksinasjonslover og bestemmelser som innebar mer omfattende ordninger enn de som allerede eksisterte. Felles for de nye ordningene mellom 1940 og 1954 var påbudsbestemmelser som gjorde vaksinasjon obligatorisk. Omstendighetene de nye vaksinasjonsordningene ble til under var imidlertid svært forskjellige.

Dagens offentlige vaksinasjonsarbeid – et diversifisert program

Grunnsteinen i dagens offentlige vaksinasjonsarbeid er Barnevaksinasjonsprogrammet som skal sørge for at alle årskull får en beskyttende basisvaksinasjon. Fra spedbarnsalder og til utgangen av ungdomsskolen får barna tilbud om en rekke gratis vaksiner, og det er foreldrenes oppgave å ta stilling til hvorvidt barna deres skal ta del i programmet. I dag består programmet av totalt syv ulike vaksiner, men programmet er i dag tilpasset vurderinger av smitterisiko på en slik måte at tre vaksiner kun tilbys definerte risikogrupper. Totalt gir

⁴ Ryymän, Teemu S. 2009. *Smitte språk og kultur. Tuberkulosearbeidet i Finnmark*: 287-288; Debatten omkring hvilke faktorer som har vært viktigst for nedgang i dødeligheten har kretset rundt McKeown-tesen, og debatten har vært preget av sterke motsetninger som har vektlagt enten økt levestandard eller medisinske tiltak. Ryymän har argumentert for at bredden i det norske tuberkulosearbeidet, det vil si kombinasjonen av medisinske og sosiale tiltak, gjør det urimelig å konkludere entydig for det ene eller det andre. Nedgangen i dødelighet bør antagelig forklares med mer enn én årsak.

⁵ Schjøtz 2003: 394

⁶ Seip, Anne-Lise. 1994. *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-75*: 116

programmet beskyttelse mot 10-12 sykdommer.⁷ Siden Smittevernloven ble virksom i 1995 har all vaksinasjon vært frivillig.⁸ Den eneste vaksinen som da fortsatt var påbudt, i alle fall formelt, var BCG-vaksinen mot tuberkulose. Påbudt koppevaksine utgikk i 1976, i forbindelse med sluttfasen i den globale utryddelseskampanjen mot sykdommen ledet av Verdens helseorganisasjon. De fleste andre vaksiner som har blitt tilbudt befolkningen har vært gitt på frivillig basis.

Tidligere forskning om forebyggende helsearbeid og vaksinasjon

Generelle fremstillinger

Det offentlige arbeidet med vaksinasjon har blitt behandlet av forskere innen humaniora og samfunnsfag tidligere. Innenfor historiefaget har historikere, slik som Anne-Lise Seip, Aina Schiøtz og Ole Georg Moseng skrevet om emnet innenfor rammen av mer generelle historiske fremstillinger.⁹ Anne-Lise Seips *Veiene til velferdsstaten* har behandlet norsk sosialpolitikk i perioden fra 1920 til 1975 med vekt på brede utviklingstrekk, ideologisk, politisk og juridisk. I tiden fram mot 1975 har Seip tegnet bildet av en sosialpolitikk i endring, blant annet ved at rettighetstenkning fra 1960-årene fikk større gjennomslag og førte til at medinnflytelse og medbestemmelsesrett ble viktige begreper i 1970-årene.¹⁰

Felles for disse er at temaet plasseres i en bred historisk kontekst der det offentlige helsevesen eller sosialpolitikken som helhet er det egentlige forskningsobjektet. Offentlig vaksinasjonsinnsats har i denne litteraturen blitt presentert som ett av en rekke forebyggende tiltak i folkehelsearbeidet. Schiøtz har tidfestet tilblivelsen av “de store vaksinasjonsprogrammene som vi kjenner fra dagens virkelighet” til tiden etter Lov om vaksinasjon av 26. november 1954, og samtidig har hun betegnet dagens vaksinasjonspraksis som “juridisk sett frivillig, men moralsk sett obligatorisk”.¹¹

Disse momentene er det verdt å dvele litt ved. For det første ble BCG-vaksinasjon et viktig moment i det programmet som ble iverksatt i bekjempelsen av tuberkulose i årene etter

⁷ “Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge”: Difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt, haemophilus influenzae type b, pneumokokksykdom, meslinger, kuma, røde hunder, humant papillomavirus (livmorhalskreft), tuberkulose og hepatitt B
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6566&MainContent_6263=6464:0:25,7072&List_6212=6218:0:25,7087:1:0:0::0:0

⁸ “Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge”:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6566&MainContent_6263=6464:0:25,7072&List_6212=6218:0:25,7090:1:0:0::0:0

⁹ Moseng 2003; Schiøtz 2003; Seip 1994

¹⁰ Seip 1994: 246-247

¹¹ Schiøtz 2003: 422

krigen. Denne vaksinasjonen hadde flere definerte målgrupper, én av dem var 14-åringer ved utgangen av folkeskolen. Denne BCG-vaksinasjonen har også blitt videreført inn i vår egen samtid, inntil nylig som et allment tilbud i det anbefalte vaksinasjonsprogrammet for barn.¹² Difterivaksinasjon av skolebarn ble påbegynt under krigsårenes epidemier, og senere videreført. Ordninger for spebarnsvaksinasjon mot kopper ble iverksatt i Norge under krigen, og helsemyndighetene ønsket å videreføre enkelte sider ved side ordningene etter frigjøringen. Det kan derfor være grunn til å problematisere når de ulike vaksinasjonsprogrammene ble påbegynt, og hvilke tilnærminger som har blitt valgt i arbeidet med å vaksinere befolkningen.¹³ Et sentralt spørsmål gjelder i hvilken forstand vaksinasjon i vår egen tid kan sies å være moralsk obligatorisk, satt opp mot en tidligere historisk situasjon hvor vaksinasjon også var gjenstand for juridiske påbud.

Fredrik Mellbye, overlege for hygiene i Helsedirektoratet i perioden 1950-1972, har hevdet at kun overtalelse ble brukt i forbindelse med koppevaksinasjon.¹⁴ Nasjonalt folkehelseinstitutt har i vår egen tid også antydnet frivillighetens rolle i vaksinasjonsarbeidet allerede fra 1950-årene.¹⁵ De fleste vaksiner som har blitt tatt i bruk i Norge har ikke vært påbudt gjennom egne lover eller blitt omfattet av ekstraordinære påbud. Det gir grunn til å undersøke hvilke virkemidler myndighetene har tatt i bruk for vaksinasjon på frivillig basis.

Enkelte fremstillinger omhandler vaksinasjon som en del av en bestemt sykdoms historie eller arbeidet med forebyggelsen av en bestemt sykdom. Bjørn Lobben har skrevet om poliomyelitt i norsk sammenheng, med vekt på de poliorammedes erfaringer med sykdommen og senfølgene av den.¹⁶ I kapittelet om vaksinasjon har han vektlagt utviklingen av de ulike vaksinetypene, valg av målgrupper når poliovaksineringen kom i gang, oppslutningen om vaksinasjonen og endringer i vaksinasjonsprogrammet i perioden fram til 1990-årene.¹⁷

¹² I dag tilbys imidlertid BCG-vaksinen kun til personer i risikogrupper, først og fremst barn i familier som har tilknytning til land hvor tuberkulose er utbredt og personer med smitterisiko i nærmiljøet. Spebarn i risikogrupper bør vaksineres inenn kort tid etter fødsel:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6464&Main_6157=6263:0:25,6566&MainContent_6263=6464:0:25,7072&List_6212=6218:0:25,7088:1:0:0::0:0&Content_6464=6430:6948:8:1:6182:8::0:0

¹³ Det som først og fremst kjennetegner vaksinasjonsprogrammet slik vi kjenner det i dagens situasjon er at en rekke vaksiner tilbys alle, fra spebarnsalder til utgangen av ungdomsskolen. Dette vaksinasjonsprogrammet skal sørge for at den enkelte gis en grunnleggende beskyttelse, samtidig er formålet å sørge for en vaksinasjonsdekning som er høy nok til at samfunnet beskyttes mot sykdom gjennom flokkbeskyttelse

¹⁴ Tidsskrift for den Norske lægeforening, 1991: 1515

¹⁵ http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6566&MainContent_6263=6464:0:25,7072&List_6212=6218:0:25,7090:1:0:0::0:0

¹⁶ Lobben, Bjørn. 2001. *Polioens historie i Norge. Sykdommen, samfunnet og pasienten*

¹⁷ Lobben 2001:189-203

Vaksinasjon som et selvstendig emnefelt

Historiske studier

Historikeren Vilde Walsø har studert argumentasjonen i forarbeidet til vaksinasjonslovgivningen fra henholdsvis 1947, 1954 og 1994.¹⁸ Der de mer generelle fremstillingene i begrenset grad problematiserer innholdet i påbud om tvungen eller obligatorisk vaksinasjon, peker Walsø på at påbudt BCG-vaksinasjon etter 1947 skulle fungere som “riset bak speilet” - en ekstra motivasjon for å sikre en tilstrekkelig oppslutning i befolkningen.¹⁹ Walsø har vist hvordan argumentasjonen for påbudt BCG-vaksinasjon fikk bred oppslutning i Stortinget i 1947, og knytter det til periodens kollektivism, politisk enighet om det overordnede gjenreisningsarbeidet og den store tiltroen til medisinsk fagkunnskap og vitenskapelige fremskritt som preget perioden.²⁰ I 1954 ble påbudt koppevaksinasjon debattert i forbindelse med ny vaksinasjonslov, og Walsø har vist at de medisinske og kollektivistiske argumentene fikk gjennomslag slik de også hadde fått i 1947. I motsetning til i 1947 var det nå flere representanter fra de borgerlige partiene Venstre, Høyre og Bondepartiet som stilte seg kritisk til påbud ved å fremheve “legemets ukrenkelighet”.²¹ Walsø har forklart den økte opposisjonen mot påbudt vaksinasjon ved å vise til debattene omkring beredskapsloven fra 1950 og pris- og rasjonaliseringslovene i perioden 1951-1953, som bidro til at verdier som rettssikkerhet og individualisme ble viet større oppmerksomhet. Hun har også fremhevet at de borgelige partiene ikke lenger følte seg forpliktet til å støtte Arbeiderpartiet, slik tilfelle hadde vært i de umiddelbare gjenreisningsårene, og at kopper i motsetning til tuberkulose var en svært sjelden sykdom i Norge i perioden.²²

Et sentralt moment hos Walsø er skiftet fra påbud til frivillighet i vaksinasjonslovgivningen fra 1940- og 1950-tallets vaksinasjonslover til Smittevernloven i 1994 gjorde all vaksinasjon frivillig. Walsø har fremhevet at Smittevernloven opphevet Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose og Lov om vaksinasjon av 1954, og representerte dermed et markert tradisjonsbrudd i vaksinasjonslovgivningen.²³ Det nye i Smittevernloven var vektlegging av rettssikkerhet, som Walsø forklarer med økt

¹⁸ Walsø, Vilde Christoffersen. 2011. ”Fra plikt til rettighet: Tvang og frivillighet i norsk vaksinasjonslovgivning fra 1947 til 1994.”

¹⁹ Walsø 2011: 22, 24-25

²⁰ Walsø 2011: 38

²¹ Walsø 2011: 60

²² Walsø 2011: 46-47

²³ Walsø 2001: 61

oppmerksomhet om enkeltindividets rettigheter i møte med det offentlige helsevesen, særlig fra 1970- og 1980-årene.²⁴ Hun viser hvordan argumentasjonen har endret seg i lovarbeidene fra 1940- og 50-tallet til 1990-tallet, og knytter endringen til forskjellige aktørgruppers innflytelse; de medisinske fagfolkene dominerte ikke lenger utformingen av helsepolitikken fra 1980-årene, og juristene var i større grad enn tidligere involvert i arbeidet med Smittevernloven.²⁵

Walsøs funn har belyst sentrale sider av norsk vaksinasjonspolitikkk i perioden 1947-1994, slik de har kommet til uttrykk i argumentasjonen i tilknytning til Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose av 1947, Lov om vaksinasjon av 1954 og Smittevernloven av 1994. Imidlertid er de juridiske bestemmelsene og argumenter for lovgivning bare én side av vaksinasjonspolitikken. Myndighetene har også bygget institusjoner, bevilget penger og gjennom en rekke tiltak søkt å overbevise befolkningen om nytten ved vaksinasjon. Walsø har selv pekt på nærmere studier av vaksinasjonspraksis som et mulig emne for videre forskning.²⁶ Hva vaksinasjonspraksis skal omfatte kan imidlertid diskuteres. For eksempel kan det omfatte alt fra den enkelte vaksinatørs atferd og fremferd i tilknytning til vaksinasjon, til de sentralt utformede retningslinjer som ble lagt for arbeidet med å realisere vaksinasjonstiltakene. Vaksinasjonspraksis kan i en viss forstand sies å oppstå i samarbeidet mellom planleggende og iverksettende sentralmyndigheter og de lokale helsearbeiderne som har stått for den praktiske gjennomføringen. Hvilke studier som er mulige å gjennomføre av de ulike sidene ved slik vaksinasjonspraksis er forøvrig begrenset av kildetilfanget.

Kjennskap til vaksinasjonslovene bør settes i sammenheng med vaksinasjonsarbeidet mer allment, slik det tok form i tiden etter vaksinasjonslovene fra 1947 og 1954. Det offentlige tok stadig initiativ til innføringen av nye vaksiner fra 1950-årene av, og aktuelle målgrupper ble i hovedsak barn i spebarns- og skolealderen. Vaksinasjonslovgivningen i perioden ble hovedsaklig brukt til å påby vaksinasjon mot kopper og tuberkulose, i tillegg til ekstraordinære påbud om difterivaksinasjon i tilknytning til 1950-årenes sykdomsutbrudd. De vaksinene som ble tatt i bruk i større utstrekning etter 1954 ble imidlertid gitt på frivillig basis, uten bruk av lovgivningens påbudsbestemmelser. Det er av denne grunn mulig å hevde at frivillig vaksinasjon ble innført i praksis en god stund før lovgivningen fulgte etter. Derfor har jeg valgt et bredere perspektiv på hvilke midler det offentlige tok i bruk for å nå

²⁴ Walsø 2011: 63-64; 68

²⁵ Walsø 2011: 98

²⁶ Walsø 2011: 100

målsetninger i forebyggelsen av smitte ved vaksinasjon, for slik å tegne et mer helhetlig bilde av den offentlig innsats på dette feltet.

Kulturvitenskapelig forskning med vaksinasjon som tema

Kulturviteren Tove Fjell har skrevet om vaksinasjon i artikkelen *Fri tvang eller tvingende frihet – eller begge deler? Om vaksineringspraksiser i Samtids-Norge*, som tar for seg forestillinger blant vaksineskeptikere og –tilhengere.²⁷ Fjell har vist at vaksinetilhengere og –skeptikere benytter samme type argumenter når de begrunner sine valg; begge gruppene argumenterer med utgangspunkt i forskning, og handlingen å velge eller å velge bort vaksinasjon forstås av begge grupper som en solidarisk handling. Det som først og fremst skiller gruppene er hos Fjell at skeptikerne kobler sine synspunkter til alternative kunnskapssystemer der sykdom forstås som noe naturlig og utviklende, og vaksinasjon forstås som kunstig eller manipulerende.²⁸ Om myndighetenes strategier har Fjell argumentert for at staten veksler mellom appeller til individets selvbestemmelse og appeller til lydighet, og at denne tilnærmingen har blitt valgt fordi tvang ikke anses å være et egnet styringsmiddel.²⁹ Fjell har benyttet et teoretisk rammeverk med utgangspunkt i Michel Foucaults governmentality-begrep, slik det blant annet har blitt brukt av historikeren Signhild Vallgård.³⁰ I dette perspektivet er “statens forståelse av risiko og behov for kontroll og disiplinering” omgjort til “en indre sanksjonsinstans, der staten slipper å være tydelig på kontroll- og disiplineringselementene, og der individene selv utfører selvkontrollen og egendisinering.” Fjell konkluderer dermed at friheten til å velge kan ha blitt en ny form for tvang.³¹

Det kan imidlertid være grunn til å studere myndighetenes strategier i et historisk perspektiv der også tvangsbegrepet plasseres i en historisk kontekst, slik Walsø har gjort ved å vise til at påbudt BCG-vaksinasjon først og fremst skulle være en implisitt trussel, et “ris bak speilet” eller et “puff” som skulle sørge for tilstrekkelig oppslutning om vaksinasjon.³² Uavhengig av om vaksinasjon har blitt gitt under påbud eller på frivillig basis har arbeidet vært ledsaget av myndighetenes argumentasjon for vaksinasjon rettet mot befolkningen, som

²⁷ Fjell, Tove Ingebjørg. ”Fri tvang eller tvingende frihet – eller begge deler? Om vaksineringspraksiser i samtids-Norge” fra Tidsskrift for kulturforskning. Volum 4, nr. 3. 2005.

²⁸ Fjell 2005: 51

²⁹ Fjell 2005: 50

³⁰ Vallgård, Signhild. 2003. *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag.*

³¹ Fjell 2005: 51

³² Walsø 2011: 22, 24-25

har hatt til hensikt å begrunne og overtale.³³ Denne argumentasjonen har ikke vært statisk, men tvertimot endret seg i tråd med en historisk utvikling. Å gripe denne historiske utviklingen vil bidra til å belyse helsemyndighetenes vaksinasjonsstrategier, også opp mot vår egen tid.

Mer generelt er det aktuelt å se dagens vaksinasjonsstrategier i sammenheng med utviklingen av rettigheter og en ny individorientering innenfor helsesektoren og fagstyrets fall i 1970-årene. Vaksinasjon er i dag frivillig og kan oppfattes som en rettighet.³⁴ Derfor bør vaksinasjonspolitikken forstås gjennom en historisk kontekstualisering av vaksinasjonslovgivningen på den ene siden, og på den andre siden gjennomføring eller praktisering av vaksinasjonstiltakene. Forøvrig har medisinsk kunnskap og epidemiologiske betraktninger vært viktige premisser for det smitteforebyggende arbeid som har blitt gjort, og forskning på myndighetenes vaksinasjonsstrategier bør derfor inkludere disse kunnskapssystemene som en nøkkel til å forstå vaksinasjonspolitikkenes indre logikk. Imidlertid er en forståelse av et medisinsk eller epidemiologisk rasjonale neppe nok til å forklare vaksinasjonspolitikken i sin helhet. Historikeren Peter Baldwin har blant annet pekt på at ulike strategier har blitt valgt i forebyggelsen av smittsomme sykdommer i europeiske land i perioden 1830-1930, og at forskjellene ikke kan forklares med ulikheter i den kunnskapen som lå til grunn for tiltakene.³⁵ Politiske, sosiale og kulturelle faktorer er potensielt relevante forklaringsmomenter bak valg av forebyggingsstrategier.

Et samfunnsvitenskaplig perspektiv på forebyggende helsearbeid

Reisen til helseland, av Kari Tove Elvbakken og Dag Stenvoll (red.), tar for seg virkemidlene som er tatt i bruk på fem ulike felt i det forebyggende helsearbeidet; ernæring, anti-røykekampanjer, for fysisk aktivitet, psykisk helse og narkotika.³⁶ Forebygging av smittsom sykdom gjennom vaksinasjon eller andre tiltak er ikke behandlet i boken. Forfatterne har

³³ Det kan bemerkes at kravet til begrunnelse for vaksinasjon i utgangspunktet er strengere enn ved andre medisinske inngrep, fordi vaksinasjon er et tiltak rettet mot friske mennesker. Målet med vaksinasjon er å forhindre smitte og sykdom, både hos individet og i samfunnet. At vaksinasjon har som formål å hindre smitte i samfunnet, og ikke bare hos individet, kan undertiden bidra til at vaksinasjon oppfattes som et omstridt tiltak, også blant medisinerne. Dette kan forstås i sammenheng med medisinfagets verdimandat. Ole Berg har med begrepet *medisinens normative logikk* beskrevet hvordan medisinen med utgangspunkt i "helse" som verdi i første rekke forplikter til å hjelpe enkeltmennesker; "Helsearbeidets moralske basis er individualistisk, ikke sosial". Berg, Ole. 1987. *Medisinens logikk. Studier i medisinenes sosiologi og politikk*: 14, 23

³⁴ Ot. prp. nr. 28 *Om lov om vern mot smittsomme sykdommer* (smittvernloven) (1993-1994): 16, § 6-1

³⁵ Baldwin, Peter. 1999. *Contagion and the State in Europe 1830-1930*: 524

³⁶ Elvbakken, Kari Tove og Dag Stenvoll (red.). 2008. *Reisen til helseland. Propaganda i folkehelsens tjeneste*: 7

benyttet seg av juristen Torstein Eckhoffs kategorisering av statlige virkemidler fra 1983 som en tilnærming til å analysere statlig styring. I følge Eckhoff har staten 4 hovedkategorier for styring; normative, fysiske, økonomiske og pedagogiske.

...hvilke typer av tiltak som velges, er uttrykk for vurderinger av problemenes art og av hvordan problemer kan og bør løses.³⁷

I denne sammenheng har det vært relevant å anvende disse kategoriene på et forebyggende felt som ikke har blitt behandlet i *Reisen til helseland*, nemlig den offentlige satsingen på vaksinasjon fra midten av 1900-tallet - et arbeid som fortsetter inn i vår egen tid. Forfatterne har lagt vekt på å se vår samtids forebyggingspolitikk i sammenheng med tidligere politikk på de samme områdene.³⁸ Det gir god grunn til å også inkludere vaksinasjonspolitikken analyser av statens bruk av virkemidler i forebyggingens tjeneste. En slik tilnærming bidrar til å utfylle eksisterende forskning på en god måte.

Problemstillinger

Hvilke strategier, vurderinger og virkemidler har helsemyndighetene lagt til grunn i arbeidet med vaksinasjon fra 1940 til 1980? Strategier brukes her til å betegne de overordnede veivalgene i arbeidet med å nå bestemte målsetninger. Å snakke om strategier i denne forstand impliserer at aktører/aktørgrupper vurderer hvilke midler de har til rådighet som best egner seg for å nå bestemte mål, og tar beslutninger deretter. Målsetningene kan være mer eller mindre spesifikke, og uttalte eller implisitte.

Når og på hvilken måte kan vi si at arbeidet med vaksinasjon ble et program for barn? Program kan her forstås på to ulike plan. For det første det vi i dag, gjennom historisk analyse av vaksinasjonsinnsatsen, vil definere som et program. I min betydning av vaksinasjonsprogram vil jeg vektlegge en samkjørt innsats for de ulike vaksinene, gjennom iverksetting av de samme virkemidlene for å forebygge en rekke smittsomme sykdommer. En slik programmatisk vaksinasjonspakke vil i denne sammenheng også innebære at vaksinene i prinsippet skal gis til alle, både for individets og samfunnets beskyttelse. Dette står i en viss motsetning til en snevrere tilnærming der kun definerte risikogrupper gis tilbud om vaksine. Også der enkeltvaksiner ble administrert gjennom sitt eget apparat, med egne tiltak og

³⁷ Elvbakken & Stenvoll 2008: 11

³⁸ Elvbakken & Stenvoll 2008: 8

strukturer, vil de i en slik forstand bli forstått som et eget program. Program i en annen forstand er aktørenes egne oppfatninger av sin innsats. I denne betydningen vil det være vesentlig å gripe fortidens egne språklige begreper og hvilken mening disse hadde for datidens aktører. Gjennom en analyse av fortidens begreper vil jeg forsøke å vise når helsemyndighetene selv begynte å omtale og forstå vaksinasjonsarbeidet som et program for barn. Program i disse to betydningene kan naturligvis overlappe, men de trenger ikke nødvendigvis å gjøre det. Å automatisk anta at begrepene omfatter én og samme ting ville være å sette ettertidens forståelse inn i fortiden, og vil stå i veien for en dypere historisk forståelse.

Når nedre avgrensning er satt til 1940, og ikke 1945 som har vært et typisk startpunkt for historiske fremstillinger, skyldes det et behov for å se vaksinasjonslovgivning fra tiåret etter krigen i sammenheng med lovgivning og bestemmelser fra både før og under okkupasjonen. I 1976 ble et av periodens største vaksinasjonsfremstøt, påbudt koppevaksinasjon, opphevet. 1970-årene var også en periode der omfanget av de smittsomme sykdommene la seg på et lavere nivå sammenlignet med tidligere, og vaksinasjonsarbeidet gled over i en ny fase som ligner mer på det vaksinasjonsprogram vi kjenner i dag enn 1940- og 1950-årenes immuniseringskampanjer.

Når vaksinasjonsstrategier, programmer og myndighetenes argumentasjon er valgt som sentrale begreper i denne undersøkelsen, har andre fenomener blitt valgt vekk. Først og fremst har dette prosjektet tatt sikte på å gripe myndighetenes tilnærming til befolkningen i vaksinasjonsspørsmål. Sakens andre side, hvordan publikum har forholdt seg til det offentlige vaksinasjonsarbeidet, enten det har tatt form av ulike former for motstand eller tilslutning, er utelatt. Det er forøvrig forfatterens intensjon at en utvidet kunnskap om det offentlige vaksinasjonsarbeidet skal kunne bidra til nye spørsmål, undersøkelser og i sin tur ny kunnskap, også om befolkningens innstilling til vaksinasjon.

Hypoteser

En mulig forklaring bak myndighetenes valg av strategi på et politikkfelt kan være et hensyn til tradisjon, det vil si de tiltak det offentlige tidligere har benyttet seg av. En slik forklaring kan knyttes til begrepet sti-avhengighet. For eksempel vil en slik kunne forklare påbudt vaksinasjon mot tuberkulose med at denne sykdommen tidligere har blitt forebygget med bruk av normative virkemidler og sanksjoner, slik som institusjonalisering, yrkesforbud, begrensninger i bevegelsesfrihet og lignende. Når staten iverksetter vaksinasjonslover spesielt

rettet mot en bestemt sykdom, slik som mot tuberkulose i 1940-årene, vil det i et slikt perspektiv forstås i lys av at normative virkemidler også tidligere har vært tatt i bruk mot sykdommen. For tuberkulosens del har de nye lovbestemmelsene i 1947 sin forløper i tuberkuloseloven av 1900. En slik forklaring legger hovedsaklig vekt på historisk kontinuitet i det sykdomsforebyggende arbeidet, som en forklaring på hvorfor ting har blitt gjort på en bestemt måte.

Derimot vil et slikt perspektiv være mindre egnet til å forklare historiske brudd og situasjoner hvor nye tiltak og virkemidler blir valgt. Sti-avhengighet kan vanskelig forklare nye initiativer der det offentlige ikke har tradisjoner å bygge på. Historiske endringer kan forklares ved at det nye plasseres i en spesifikk kontekst, og ikke alene ved å vise til tidligere fremstøt. En annen konkurrerende eller overlappende hypotese kan være at myndighetene velger strategi først og fremst med bakgrunn i den kunnskap, situasjonsforståelse og generelle forutsetninger de besitter på et gitt tidspunkt. Her vil en relevant kontekst kunne omfatte alle hensyn som myndighetene tar hensyn til, for eksempel politiske, økonomiske og andre samfunnsmessige faktorer. I en slik kontekstuell forklaringstype vil valg av strategi avhenge av hvilke virkemidler det er mulig, ønskelig og hensiktsmessig å ta i bruk uavhengig av hva som tidligere har blitt gjort. Når poliovaksinen ble tilbudt på frivillig basis fra 1956 kan det vanskelig forklares med utgangspunkt i sti-avhengighet og historisk kontinuitet. De offentlige fremstøtene for mer utbredt vaksinasjon hadde til da først og fremst tatt utgangspunkt i ordninger som gjorde vaksinasjon obligatorisk eller påbudt.

Metodisk tilnærming

Virkemidler

Juristen Torstein Eckhoff benytter fire klasser av virkemidler; normative, strukturelle, økonomiske og pedagogiske i sin analyse av miljøpolitikk.³⁹ Begrepene er imidlertid lett overførbare til også andre politikkområder. Blant de normative virkemidler regner Eckhoff i hovedsak påbud og forbud.⁴⁰ I denne sammenheng kan muligens også andre lovbestemmelser inkluderes, ikke bare eksplisitte påbud og forbud. Lover er i vesen normative, de inneholder implisitt eller eksplisitt et *bør*, *skal* eller *må*. Også lover som ikke omfatter påbud og forbud søker å påvirke menneskers atferd eller legger til rette for at ting skal gjøres på en bestemt måte. De strukturelle virkemidler dreier seg om tiltak der “fysiske anlegg dels kan lette og

³⁹ Eckhoff, Torstein. 1983. Statens styringsmuligheter, særlig i ressurs- og miljøspørsmål

⁴⁰ Eckhoff 1983: 29

dels kan vanskeliggjøre visse handlemåter.”⁴¹ De økonomiske virkemidlene er myntet på å gjøre bestemt atferd økonomisk fordelaktig.⁴² De pedagogiske virkemidler lar Eckhoff omfatte all offentlig informasjon og holdningspåvirkning.⁴³ En viktig presisering er at disse kategoriene ikke har absolute grenser og videre at de gjerne brukes i et samspill.⁴⁴ Et forbud eller påbud kan for eksempel være knyttet til en økonomisk sanksjon i form av bøter, og slik innebære både normative og økonomiske elementer.

I Kari Tove Elvbakken og Dag Stenvolls anvendelse av begrepene omfatter de normative midlene lovgivning, regler og retningslinjer; de fysiske omfatter strukturer, de økonomiske omfatter subsidier, avgifter og bøter; og de pedagogiske omfatter kampanjer, appeller og informasjonstiltak.⁴⁵

De normative virkemidlene slik jeg har tatt dem i bruk vil i hovedsak omfatte lovgivning, særlig i form av påbud og sanksjoner knyttet til disse påbudene. Økonomiske virkemidler gjelder tiltak som tok sikte på å gjøre vaksinasjon økonomisk fordelaktig for den vaksinerte, slik som tilbud av gratis vaksine, og for vaksinatøren ved eventuell godtgjørelse for gjennomført vaksinasjon. Det bør forøvrig merkes at alle tiltak fordrer bevilgninger til helsevesenet over statsbudsjettet - slike bevilgninger vil også regnes under de økonomiske styringsmidler. Fysiske eller strukturelle virkemidler omfattet det apparatet som ble tatt i bruk for å gjennomføre vaksinasjon, for eksempel utbygging av helsestasjoner, utdanning av helsesøstre og trening av hjelpevaksinatører og lignende. Under dette punkt kan også nevnes de målgrupper arbeidet har rettet seg inn mot, for eksempel barn på bestemte alderstrinn, bestemte yrkesgrupper eller andre nærmere definerte grupper. De pedagogiske virkemidlene skal omfatte all informasjonsarbeid som tar sikte på å opplyse og overtale, eller på andre måter bidra til måloppnåelsen, slik som plakater, film, brosjyrer, innlegg i aviser og andre medier. Mye av det pedagogiske/argumentasjonen for vaksinasjon må nødvendigvis ha vært av en slik art, gjerne muntlig, gitt av den enkelte lege, helsesøster eller annen hjelpevaksinatør på en slik måte at det ikke har manifestert seg i skriftlige kilder. Det bør også bemerkes, slik Elvbakken og Stenvoll har gjort, at de pedagogiske virkemidlene i praksis ofte har en dobbeltfunksjon i det de er ment både som opplysning og overtalelse.⁴⁶ Balansen mellom informasjon og overtalelse kan variere. I den grad de pedagogiske midlene er innrettet på

⁴¹ Eckhoff 1983: 29

⁴² Eckhoff 1983: 31

⁴³ Eckhoff 1983: 32

⁴⁴ Eckhoff 1983: 33

⁴⁵ Elvbakken & Stenvoll 2008: 11

⁴⁶ Elvbakken & Stenvoll 2008: 7

overtalelse vil de slekte på de normative – de inneholder et *bør* – en formaning om å gjøre det rette eller ønskelige, i denne sammenheng å la seg eller sine vaksinere, uavhengig av hvorvidt vaksinen er anbefalt eller påbudt.

Aktører og aktørgrupper i politikk og forvaltning

Strategiske vurderinger og valg impliserer en eller flere aktører som planlegger og vurderer hvilke virkemidler som er best egnet for å nå bestemte målsetninger. I utformingen av politikk vil det nødvendigvis være flere aktører og aktørgrupper involvert. I etterkrigstidens helsepolitikk fremsto helsedirektør Karl Evang og hans medarbeidere i det legedominerte helsedirektoratet som viktige aktører, enkeltvis og som gruppe, som viktige premissleverandører. Som helsedirektør fikk Karl Evang en særlig sterk posisjon for å påvirke utformingen av helsepolitikken, kanskje særlig fram til midten av 1950-årene. I helsepolitikken ble “den fremste teknokrat”, Karl Evang, “den sterkeste politiker”, som Rune Slagstad har uttrykt det.⁴⁷ En slik forståelse understøttes av Trond Nordby, som har argumentert for at sosialministrene i perioden fra Sven Oftedals død i 1948 til Gudmund Harlem ble minister i 1955 ga Evang stort spillerom til utforme helsepolitikken.⁴⁸

Også i kildemateriale med en mer indirekte tilknytning til den sentrale politikkutformingen står medisinere som aktørgruppe sentralt. Leger diskuterte forebygging generelt og vaksinasjon og de ulike vaksinene spesielt. Slike faglige debatter både reflekterte og informerte politikken. Her er det først og fremst kollektive meningsstrukturer som er interessante, selv om enkelte aktører gjør seg gjeldende også her.

Slagstad har poengtert at den sosialdemokratiske reformpolitikk etter 1945 inkluderte ny teknokratisk ekspertise hvor jussen spilte rollen som “legitimeringsvitenskap” ved at moderniseringen ble ført gjennom lovreformer.⁴⁹ De teknokratiske nyordnerne, blant dem Karl Evang og Erik Brofoss, gjennomførte reformer som gjerne tok form av fullmaktslover hvor makt ble delegert fra juristene til andre ekspertgrupper i forvaltningen.⁵⁰ Vaksinasjonslovene kan illustrere dette poenget - der gjennomføring av de nye vaksinasjonsbestemmelsene fra 1940- og 1950-årene krevde skjønnsmessige vurderinger var det først og fremst snakk om medisinske vurderinger. Den juridiske kompetanse ble i Helsedirektoratet under Karl Evangs ledelse underlagt den medisinske. Historikeren Aina

⁴⁷ Slagstad, Rune. *De nasjonale strategier*. 2001: 381

⁴⁸ Nordby 1989: 207-209

⁴⁹ Slagstad 2001: 419-420

⁵⁰ Slagstad 2001: 420-421

Schiøtz har kalt dette styrings- og forvaltningsregimet det medisinske fagstyre, og pekt på at dette regimet gikk på bekostning av et mer rutinisert forvaltningsregime representert ved juristene.⁵¹ Ole Berg har lansert medikrati som et alternativt og delvis overlappende begrep. I Evangs medikratiske direktorat fikk legene en sentral lederrolle, på bekostning av andre grupper i forvaltningen, særlig økonomer og jurister.⁵² I Karl Evangs embetsperiode fra 1938-1972⁵³ fikk det medisinske fagstyret fullt gjennomslag i organisasjonsstrukturen i den sentrale helseforvaltning. Schiøtz har utpekt fagstyrets gjennombrudd som et vesentlig trekk ved helsepolitikken i etterkrigstiden. I “systemet Evang” fikk legene en framskutt plass i sentraladministrasjonen, med vide fullmakter og en nærhet til den utøvende makt, et system der administrasjon og politikk overlappet.⁵⁴ Dette fagstyret kom etter hvert under større press, og ble gradvis bygget ned fra slutten av 1960-årene.⁵⁵ 1970-årene ble tiåret for fagstyrets oppløsning – medisinerens posisjon i utformingen av helsepolitikken ble gradvis utfordret og bygd ned gjennom overføring av makt til folkevalgte organer.⁵⁶

Kilder

Dokumenter fra Helsedirektoratets arkiv, Riksarkivet

Fordi dette studiet har tatt sikte på å undersøke helsemyndighetenes arbeid for vaksinasjon er det først og fremst skriftlige kilder fra sentralforvaltningen som kaster lys over emnet. Arkivet etter Sosialdepartementets Helsedirektorat ved Riksarkivet inneholder et omfangsrikt materiale, hovedsaklig for perioden fram til 1960. Særlig arkivene etter Hygienekontoret og Tuberkulosekontoret har vært relevante. Forebyggende arbeid generelt og vaksinasjon falt under Hygienekontorets område, tuberkulosebekjempelsen, herunder BCG-vaksinen og tuberkuloseloven hadde fått plass i et eget kontor. Materialet fra disse arkivene er variert; en rekke dokumenter av forskjellig type, notater, konsepter, rundskriv, brev, brosjyrer, avisutklipp, diverse P.M. osv. Rundskriv er kanskje et særlig viktig styringsredskap fra perioden. I arkivene etter den sentrale helseforvaltning finner vi også noe materiale som viser til aktiviteten under de lokale helserådene. Det lokale materialet er mer glimtvis i de sentrale arkivene, slik at noen fullstendig oversikt over det lokale helsearbeidet ikke er mulig å

⁵¹ Schiøtz 2003: 316

⁵² Berg, Ole. 2009. *Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009*: 12, 207

⁵³ Larsen, Ø. (red.) 1996. *Norges leger*. Bind 2: 91

⁵⁴ Schiøtz 2003: 345

⁵⁵ Schiøtz 2003: 347

⁵⁶ Schiøtz 2003: 350-351

klargjøre med utgangspunkt i dette stoffet. Likevel kan sporene etter det lokale helsearbeidet gi verdifulle bidrag til en vurdering av helheten i periodens vaksinasjonspolitik.

Et problem med arkivene etter Tuberkulosekontoret og Hygienekontoret har vært at de ikke dekker perioden etter 1960. Fordi dette prosjektet har hatt som mål å tydeliggjøre endringer i vaksinasjonspolitikken over tid har det vært nødvendig å ta i bruk også andre kilder som ikke har utspring i sentraladministrasjonens egne arkiver.

Informasjonsmateriale fra Nasjonalt folkehelseinstitutt

I 1979 ble veiledning om vaksinasjon for leger, sykepleiere m. fl. trykket for første gang, i samarbeid mellom Helsedirektoratet og Statens institutt for folkehelse.⁵⁷ Senere har veiledningen blitt bearbeidet og utgitt en rekke ganger. Disse veiledningene kan benyttes som kilder til organiseringen og gjennomføringen av vaksinasjon, gjennom de instruks, råd, informasjon og retningslinjer som gis til vaksinatører. Også foreldrebrosjyrer har vært viktige informasjonstiltak i arbeidet med vaksinasjon. Brosjyren *Vaksinasjoner i barne- og ungdomsalderen* ble trykket i 1983 som en kort orientering om “det anbefalte vaksinasjonsprogram” for barn og unge.⁵⁸ Disse kildene har jeg fått tilgang til ved henvendelse til Hanne Nøkleby ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Meddelelsesblad for helsedirektoratet og Synapse

Meddelelsesblad for helsedirektoratet (heretter *Meddelelsesbladet*) var et organ som orienterte om Helsedirektoratets virksomhet, og ble utgitt som regel 1-2 ganger i året i perioden 1948 til 1973, altså for størstedelen av Karl Evangs embetstid. Under Torbjørn Morks tid som helsedirektør utkom bladet i ny form under navnet *Synapse*, men langt sjeldnere enn før. Kun to utgaver ble trykket, nr. 1, 1975 og nr. 1, 1978. Dette materialet har bidratt til å utfylle kildene fra Riksarkivet. Særlig har *Meddelelsesbladets* referater fra de årlige møtene for landets fylkesleger og stadfysici vært interessante, da de etter sedvane blir innledet med helsedirektørens tale. Disse talene er berettende i karakter, og oppsummerer mange av de viktigste hendelsene i det forutgående år. Det berettende element er særlig interessant her, da det gir innsikt i helsedirektørens egne vurderinger av arbeidet som er gjort og det som skal gjøres. En svakhet er at talene nødvendigvis er nokså selektive og ofte generelle, slik at det enkelte steder har vært nødvendig å supplere med andre kilder. En del

⁵⁷ *Veiledning om vaksinasjon for leger, sykepleiere m. fl. 1979*

⁵⁸ *Vaksinasjoner i barne- og ungdomsalder. 1983*

viktige saker har også blitt utvalgt til å komme på trykk i bladet, slik som rundskriv, nye lovbestemmelser og lignende. Som regel inneholdt bladet en komplett liste over aktuelle rundskriv for det forutgående år. Dermed gir *Meddelelsesbladet* en god indikator både på en del utvalgte saker og mer generelle utviklingstrekk i perioden.

Tidsskrift for Den norske lægeforening

Tidsskrift for Den norske lægeforening (heretter *Tidsskriftet*) er et vitenskapelig forum for praktisk medisin, etablert i 1881. Mye av materialet herfra er vitenskapelige artikler, studier og lignende, men også ledere, debattinnlegg, og lignende. Materialet herfra har gitt en viktig innsikt i den til enhver tid gjeldende kunnskapen om vaksinenes virkning, legenes argumenter for vaksinasjon med mer. At legene også har brukt *Tidsskriftet* til å diskutere problemstillinger av politisk eller samfunnsmessig art gjør *Tidsskriftet* til en meget god kilde til legenes oppfatninger og holdninger til vaksinasjon. *Tidsskriftet* skulle inneholde vitenskapelig stoff, men hadde også som funksjon å være medlemsblad for Den norske lægeforeningen. I den funksjonen har det vært et organ av stor betydning for den norske legestand.

Også for helsemyndighetene var *Tidsskriftet* en viktig kommunikasjonskanal. Viktig informasjon ble formidlet via rundskriv, som regel adressert til landets fylkesleger. Disse ble ofte samtidig trykket i *Tidsskriftet*, slik at de nådde ut til en større del av landets leger. Spørsmål innsendt til redaktøren var ofte myntet på helsedirektøren, som gjerne svarte i samme spalte. Videre var sentrale skikkelser i Helsedirektoratet hyppige bidragsyttere til *Tidsskriftet* med diverse stoff. Helsedirektør Karl Evang var én av dem, men Fredrik Mellbye som i en årrekke var sjef over Hygienekontoret som statens overlege for hygiene, hadde særlig mange bidrag i perioden. Han var også lenge en fast medarbeider i *Tidsskriftet*. Lederartiklene var typisk usignerte, men gjerne utarbeidet av én eller flere i redaktørgruppen. Også statens overlege for tuberkulosen fra 1946-1974, Otto Galtung Hansen, bidro til *Tidsskriftet* i perioden. Disse bidragene gir verdifull innsikt i hvordan sentrale aktører i helsepolitikken tenkte.

Helsedirektør Karl Evangs utgivelser

Karl Evang opprettholdt en stor produksjon av medisinsk og sosialmedisinsk litteratur, ofte i en lett tilgjengelig form, gjennom hele sin embetsperiode. Denne litteraturen har jeg benyttet som kilde til Evangs tenkning omkring norsk helsevesen, også det forebyggende arbeidet og

vaksinasjon. Her kan nevnes spesielt *Gjenreising av folkehelse i Norge* utgitt i 1947, som gir et innblikk i de mest sentrale gjenreisningsoppgaver innen helsesektoren. *Helse og samfunn*, utgitt i 1974, etter Evangs avgang som helsedirektør er en sosialmedisinsk bok som har tatt for seg en rekke tema av sosialmedisinsk karakter. Disse kildene er mindre egnet til å belyse hendelsene som omtales i ettertid uten at de settes i sammenheng med andre kilder, men har gitt et godt innblikk i Evangs vurderinger av helsearbeid og norsk helsepolitikk.

Aviser

Vaksinasjon er et tema som dukker opp i pressen gjennom perioden, i form av intervjuer, nyhetssaker, kunngjøringer, ledere og lignende. Ikke minst fungerte avisoppslag som en viktig kommunikasjonskanal mot befolkningen. På den andre siden kunne avisene også innta kritiske standpunkt til myndighetenes vaksinasjonspolitik. Som en kilde til presseomtale av vaksinasjonsprogrammene har jeg valgt to riksdekkende aviser, Aftenposten og Verdens gang, som jeg har fått tilgang til gjennom Atekst og Nasjonalbibliotekets digitalarkiv. For å finne fram til relevant stoff har jeg brukt søkeordene “vaksinasjon”, “vaksinasjonsprogram” og “vaksinasjonsprogrammer”. Antall treff for perioden 1947-1980 er svært høyt, og jeg har gjort et utvalg etter relevans. Treff som belyser vaksinasjonspolitikken direkte, gjennom uttalelser av representanter fra sentraladministrasjonen eller de offentlige leger har fått forrang.

Oppgavens gang

Kapittel 2 vil behandle 1940- og 50-tallet, med fokus på lovgivningens vaksinasjonspåbud mot tuberkulose og kopper og “andre farsotter”. Kapittelet vil søke å svare på hvordan vaksinasjonspåbudene ble søkt gjennomført, med vekt på tiden etter Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose av 1947 og Lov om vaksinasjon av 1954.

I kapittel 3 vil 1950-årene behandles, med hovedvekt på vaksinene som ble innført på frivillig basis gjennom tiåret. Perioden fra 1950 bar preg av den medisinske utviklingen og utprøving av nye vaksiner. Hvilke argumenter ble tatt i bruk for vaksinene som ble innført på frivillig basis? Samtidig var perioden preget av ulike tilnærminger i vaksinasjonsarbeidet. I hvilken forstand inngikk disse vaksinene i et vaksinasjonsprogram?

I kapittel 4 vil vaksinasjonstiltakene i 1960- og 1970-årene gjennomgås. I denne perioden stod myndighetene overfor en ny epidemiologisk situasjon, i tillegg til en generell samfunnsutvikling preget av nye ideer om medbestemmelse, demokratisering og individets

rettigheter. Hvilken betydning fikk disse epidemiologiske og ideologiske faktorene for tilnærmingene i vaksinasjonsarbeidet?

Kapittel 2: Vaksinasjonspåbud i lov og praksis

Innledning

I tiårene etter 1945 ble det offentlige immuniseringsarbeidet gradvis utvidet ved at en rekke nye vaksiner ble tilgjengelige for befolkningen. Nye lover dannet et grunnlag for arbeidet. I løpet av 1940- og 50-årene ble tre vaksinasjonslover gjort gjeldende, henholdsvis Midlertidig lov om vaksinasjon av 1940, Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose av 1947 og Lov om vaksinasjon av 1954. Midlertidig lov om vaksinasjon av 1940 ble avløst av Bestemmelser om vaksinasjon av 1943, men ble gjeninnført i 1946 og opphevet samtidig vaksinasjonsbestemmelsene fra okkupasjonstiden.⁵⁹ Samtlige tre lover inneholdt bestemmelser som gjorde vaksinasjon påbudt. To sykdommer, kopper og tuberkulose inntok en særstilling ved at lovene var spesielt utformet for å påby vaksinasjon mot nettopp disse, selv om 1940-loven og 1954-loven også åpnet for at Sosialdepartementet kunne påby vaksinasjon mot andre sykdommer. Hvordan ble disse påbudsordningene utformet, og hvilke virkemidler ble påbudene søkt gjennomført med?

Når perioden her avgrenses til 1940 og ikke for eksempel 1945 springer det ut av erkjennelsen av at tiden før og under krigen danner en viktig bakgrunn for de nye lovarbeidene i etterkrigstiden. Nye vaksinasjonspåbud var aktuelle før, under og etter krigen. Tross sine åpenbare brudd er perioden også preget av kontinuitet. Imidlertid vil hovedvekten i det følgende ligge på tiden etter 1945, der den forutgående perioden danner en relevant kontekst for utformingen av tiltakene.

Midlertidig lov om vaksinasjon av 26. januar 1940

Før krigen kom til Norge hadde de sentrale helsemyndighetene tatt opp de eksisterende vaksinasjonsbestemmelsene til ny behandling. Svakheter i den gjeldende vaksinasjonsordningen mot kopper, basert på lovgivning fra 1810 og sunnhetsloven fra 1860, ble aktualisert på bakgrunn av den usikre utenrikspolitiske situasjonen krigsutbruddet i

⁵⁹ Rundskriv nr. 54 1944, "lov om vaksinasjon av 1943 og forskrifter om vaksinasjon av 1944" datert 14. oktober 1944 (RA. S-1287. S. Dept. H. dir H5, D 95, Mappe 4210 "Lov om vaksinasjon 1942-60"); Rundskriv nr. 96, 1947, datert 10. januar 1947 (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 95, Mappe 4210 "Lov om vaksinasjon 1942-60")

Europa representerte, ikke minst krigshandlingene i “vårt naboland Finland”.⁶⁰ Først og fremst fryktet man at krigen kunne føre med seg koppeutbrudd importert over grensene til Norge. Medisinaldirektør Evang oppnevnte derfor et utvalg for “epidemiologiske, bakteriologiske og serologiske spørsmål” i desember 1939, og lot dem behandle spørsmålet om koppevaksinasjon.⁶¹ Helsekomitéens innstilling pekte på at det etter gjeldende lover var begrenset adgang til tvungen koppevaksinasjon, slike tiltak var mulige kun ved utskrivning til krigstjeneste eller etter at et epidemiutbrudd hadde funnet sted.⁶² “Kriseutvalget”, ledet av professor dr. med. Th. Thjøtta, rådet til en utvidelse av bestemmelsene og gikk inn for pliktig koppevaksinasjon eller revaksinasjon for en rekke grupper under offentlig tjeneste i militær-, toll-, post- og jernbanevesen, samt personer i transportvirksomhet. Forslaget gjaldt spesielt Nord-Norge da risikoen for “koppeinvasjon” ble ansett å være størst her, men utvalget vurderte det som hensiktsmessig om en forordning for hele landet ble iverksatt med det samme.⁶³

2. 1940 januar hadde medisinaldirektør Evang i hovedsak sagt seg enig i utvalgets forslag overfor Sosialdepartementet, med visse endringer. Fordi det ikke ville være mulig å forutsi på forhånd hvilke grupper som burde beskyttes, og fordi den internasjonale situasjonen kunne komme til å kreve raske beslutninger argumenterte Evang for “en ordning som gir den medisinal sentraladministrasjon fullmakt til å treffe bindende vedtak om tvangsvaksinasjon”.⁶⁴ Viktigheten av å få en slik fullmaktsordning på plass ble understreket av Evang, som la vekt på at store deler av folket var uvaksinerte og av de som hadde fått vaksine var de færreste revaksinert.⁶⁵ For at medisinalvesenet i en nødssituasjon skulle kunne hindre “den ulykke å få kopper inn i landet” tilrådet departementet utformingen av en lov som ville gi administrasjonen “adgang til å utferdige de nødvendige bestemmelser om tvungen vaksinasjon.”⁶⁶ Tilgangen til å utferdige påbud ble lagt til medisinaldirektøren “da det vil være de medisinske hensyn som her må være avgjørende”, men forutsetningen var at han skulle rådføre seg med departementet i større beslutninger.⁶⁷

⁶⁰ Innst. O nr 1. *Innstilling fra helsekomitéen om midlertidig lov om vaksinasjon* (Ot. prp. nr. 4 – 1940): 1

⁶¹ Innst. O. nr 1 (Ot. prp. nr. 4 - 1940): 1

⁶² Innst. O. nr. 1 (Ot. prp. nr. 4 – 1940): 1

⁶³ Innst. O. nr. 1 (Ot. prp. nr. 4 – 1940): 1

⁶⁴ Innst. O. nr. 1 (Ot. prp. nr. 4 – 1940): 1

⁶⁵ Innst. O. nr. 1 (Ot. prp. nr. 4 – 1940): 2

⁶⁶ Innst. O. nr (Ot. Prp. Nr 4 – 1940): 2

⁶⁷ Innst. O. nr (Ot. Prp. Nr. 4 – 1940): 2

Midlertidig lov om vaksinasjon av 1940 var først og fremst en beredskapslov gitt den usikre situasjonen utenfor landets grenser. Av lovens tittel og forarbeidene går det fram at loven var tenkt erstattet med mer permanente vaksinasjonsbestemmelser. En ny vaksinasjonslov skulle behandles senere etter nærmere utredning fra sakkyndige, som i januar 1940 var planlagt til neste termin.⁶⁸ Invasjonen av Norge 9. april satte en midlertidig stopper for myndighetenes planer. Imidlertid fikk loven en fortsettelse gjennom krigsårene, ved at de nazistiske styresmaktene tok bestemmelsene i bruk når krigsårenes epidemier slo inn.

Folkehelsen i krigsårene: Nye epidemier og tiltak

Store epidemier preget folkehelsen i krigsårene, med en epidemitopp i 1943.⁶⁹ Særlig store var utbruddene av difteri, og vaksinasjonsloven fra 1940 ble nå tatt i bruk for å forebygge spredningen av sykdommen.⁷⁰ Difteriforekomsten nådde sin topp i 1943 med rundt 23.000 tilfeller, i 1944 ble 14 200 tilfeller registrert. Epidemien ble møtt med en rekke tiltak, blant annet tvungen vaksinasjon av skolebarn. I Nordland og Troms ble tvungen vaksinasjon av alle under 30 år iverksatt i byer og tettbygde strøk. Den alvorlige epidemien i Troms i 1942 ble møtt med tvungen vaksinasjon av personer under 18 år. Utover slike tiltak ble vaksinasjon også gitt på frivillig basis.⁷¹

De første krigsårene kunne okkupasjonsmakten påby vaksinasjon med hjemmel i Midlertidig lov om vaksinasjon av 1940, men loven ble erstattet av lov om vaksinasjon av 7. oktober 1943.⁷² På mange punkter ble bestemmelsene fra 1940 videreført i den nye loven, men med noen viktige forskjeller. I 1943 ble myndighet delegert til medisinaldirektøren i større grad enn i 1940. Dette gjaldt særlig tilgangen til å bruke “tvungen vaksinasjon” i forebyggelsen av “andre farsotter enn kopper” og myndighet til å fastsette godtgjørelse til vaksinatører og hjelpevaksinatører. I 1940 hadde denne myndighet blitt lagt til departementet, da det først og fremst var fullmakt til å påby koppevaksinasjon medisinaldirektøren be gitt i 1940. Imidlertid hadde det vært en forutsetning at medisinaldirektøren skulle rådføre seg med

⁶⁸ Ot. prp. nr. 4 (1940) *Midlertidig lov om vaksinasjon*: 3

⁶⁹ Gogstad 1991: 276

⁷⁰ Seip 1994: 116

⁷¹ Gogstad 1991: 277

⁷² Rundskriv nr. 54 1944, “lov om vaksinasjon av 1943 og forskrifter om vaksinasjon av 1944” datert 14. Oktober 1944 (RA. S-1287. S. Dept. H. dir H5, D 95, Mappe 4210 “Lov om vaksinasjon 1942-60”)

departementet i større avgjørelser.⁷³ 1940-loven avveide behovet for en effektiv beredskap med behovet for demokratisk-politisk kontroll, slike hensyn ble ikke gjort i 1943. Ideologisk kan dette forstås i lys av det nazistiske “førerprinsippet”, som i praksis innebar at NS-styrets medisinaldirektør, Thorleif Østrem, skulle være fører i helsepolitikken. Forøvrig var krigen og okkupasjonen en spesiell unntakstilstand der behovet for effektive beslutninger og rask iverksettelse vektet tyngre enn andre hensyn. Når det gjaldt koppevaksinasjonen, også på sikt, var en viktig nyordning i 1943 at revaksinasjon av alle barn i tiende leveår ble påbudt.⁷⁴ I midlertidig lov om vaksinasjon av 1940 ble riktignok medisinaldirektøren gitt tilgang til å påby revaksinasjon, men noen fast ordning for revaksinasjon av barn hadde ikke blitt bestemt.⁷⁵

Bestemmelsene fra 1940 og 1943 innebar også økonomiske styringsmidler. Etter midlertidig lov om vaksinasjon av 1940 skulle staten ta på seg “alle nødvendige utgifter”, i realiteten vil det si at påbudt vaksinasjon for den enkelte også ville innebære et tilbud om gratis vaksine.⁷⁶ Etter bestemmelsene av 1943 skulle ordinær vaksinasjon eller revaksinasjon gis gratis til alle som ønsket det. Utgiftene skulle normalt dekkes av by- eller fylkeskommunene. Ved ekstraordinær vaksinasjon kunne imidlertid utgiftene, helt eller delvis, overføres til staten.⁷⁷

Også tuberkulosearbeidet ble reorganisert i krigsårene. Tvungen skjermbildefotografering ved hjelp av skjermbildebusser ble igangsatt i mai 1942, og kostet 1,- kr per undersøkelse. Samtidig hadde tuberkuloseloven blitt gjenstand for innstramninger. Nå ble alle tuberkuløse tilfeller meldepliktige, ikke bare de smittefarlige, og helserådene fikk myndighet til å bortvise smittebærere fra arbeidsplassen.⁷⁸ Smittekampen under krigen inngikk forøvrig i en annen sammenheng enn tiltakene både før og etter. Aina Schiøtz har blant annet pekt på en utbredt frykt for smitteoverføring til tyske soldater.⁷⁹ Epidemiene

⁷³ Ot. prp. nr. 4 (1940), § 1, § 4, § 8: 4; *Lov om vaksinasjon av 1943*, § 7, § 11 i rundskriv nr. 54 1944, datert 14. oktober 1944 (RA. S-1287. S. Dept. H. dir H5, D 95, Mappe 4210 “Lov om vaksinasjon 1942-60”)

⁷⁴ Lov om vaksinasjon av 1943, § 1. Rundskriv nr. 54 1944, “lov om vaksinasjon av 1943 og forskrifter om vaksinasjon av 1944” datert 14. Oktober 1944 (RA. S-1287. S. Dept. H. dir H5, D 95, Mappe 4210 “Lov om vaksinasjon 1942-60”)

⁷⁵ Ot. Prp. nr. 4 (1940): 2

⁷⁶ Ot. prp. nr. 4 (1940), § 5: 4

⁷⁷ RA. S-1287. S. Dept. H. dir H5, D 95, Mappe 4210 “Lov om vaksinasjon 1942-60”, Rundskriv nr. 54 1944, “lov om vaksinasjon av 1943 og forskrifter om vaksinasjon av 1944” datert 14. oktober 1944; RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 95, Mappe 4210 “Lov om vaksinasjon 1942-60”, Rundskriv nr. 96, 1947, datert 10. januar 1947, § 5, § 7

⁷⁸ Schiøtz 2003: 280-282

⁷⁹ Schiøtz 2003: 281

utgjorde en trussel mot den tyske krigsinnsatsen som ble søkt forhindret gjennom skjerpede smitteforebyggende tiltak. Tuberkulosearbeidet ble fra utgangen av 1940 ledet av Sophus Brochmann som tuberkuloseinspektør, valgt av Nasjonal Samlings nye medisinaldirektør, Thoralf Dahm Østrem.⁸⁰ Brochmann ønsket å forebygge tuberkulosen utelukkende gjennom smittekamp, mens hans meningsmotstandere i Nasjonalforeningen mot tuberkulosen ønsket å videreføre en bred forebyggingspolitikk der smittekamp skulle kombineres med bedring av levestandard og BGC-vaksinasjon.⁸¹ Historiker Teemu Ryymin har vist hvordan Brochmanns reformer av tuberkulosearbeidet ikke representerte noen ny linje i tuberkulosebekjempelsen, både skjerpet meldingsplikt og skjermbildefotografering var tiltak som hadde blitt foreslått i perioden før krigen. Imidlertid var det Brochmann som innførte tiltakene og med det etablerte et statlig ansvar for de primære delene av smittekampen.⁸²

Gjenreisning og re-etablering av lovlige helselover

Etter krigen var det fra politisk hold et sterkt ønske og behov for å kvitte seg med etterlevningene fra okkupasjonstiden. Det innebar at alle lover og bestemmelser som var satt i kraft under okkupasjonen nå skulle settes ut av kraft og erstattes med nye lover. Fristen for omstillingen var i utgangspunktet satt til ett år etter frigjørelsen, men når fristen nærmet seg hadde Justisdepartementet gått inn for å utsette fristen, først og fremst av hensyn til de av okkupasjonslovene som hadde hjemmel i førkrigs-lover.⁸³ Blant ordningene som skulle byttes ut var bestemmelser om vaksinasjon av 7. oktober 1943 og forskrifter om vaksinasjon av 14. oktober 1944. Fem måneder etter den opprinnelige fristen, 1. oktober 1946, ble krigstidens vaksinasjonsbestemmelser opphevet og erstattet med midlertidig lov om vaksinasjon av 1940.⁸⁴

At de lovlige styresmaktene så det nødvendig å oppheve bestemmelsene fra 1943 og forskriftene fra 1944 er forståelig, dette var ordninger innført under en illegitim okkupasjonsmakt. Det var nødvendig av hensyn til den allmenne rettsoppfatning at lovene fra okkupasjonstiden ble fjernet. Helsedirektoratet ønsket imidlertid å videreføre noen av ordningene fra krigsårene. Sosialmedisiner Anders Gogstad har påpekt at en del helsebestemmelser innført under okkupasjonen ble oppfattet som gunstige, særlig flere

⁸⁰ Ryymin 2009: 194

⁸¹ Ryymin 2009: 198

⁸² Ryymin 2009: 198-199

⁸³ Gogstad 1991: 314

⁸⁴ Rundskriv nr. 96, 1947, datert 10. januar 1947 (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 95, Mappe 4210 "Lov om vaksinasjon 1942-60")

forebyggende tiltak, som vaksinasjonslov, og disse ordningene ble gjerne videreført, men under nye navn og betegnelser.⁸⁵ Helsedirektoratet ønsket etter krigen å beholde en del ordninger for vaksinasjon, det gjaldt regler om koppevaksinasjon fra 10. oktober 1944 og om vaksinasjon mot difteri fra 11. april 1945.⁸⁶ For tuberkulosearbeidets del har historiker Teemu Ryymin vist at tuberkuloselovgivningen fra 1947 i stor grad videreførte ordningene fra 1942. For Otto Galtung Hansen var særlig skjermbildeundersøkelsene viktige – dem hadde han selv arbeidet for før krigen. Både Evang, Galtung Hansen og departementet hevdet imidlertid at lovforslaget bygde på forslag og tiltak fra førkrigstiden.⁸⁷

Midlertidig lov om vaksinasjon ga medisinaldirektøren og departementet fullmakter, blant annet til å påby vaksinasjon mot kopper, men lovens § 8 ga departementet anledning til å bruke loven også mot ”andre farsotter enn kopper”. I lovarbeidene fra 1940 hadde tyfus blitt fremhevet som en farsott det var aktuelt å bekjempe ved hjelp av bestemmelsene.⁸⁸ I et rundskriv datert 10. januar 1947 opplyste Sosialdepartementet at ”loven også skal gjelde vaksinasjon og innpodinger eller innsprøytninger mot difteri, tyfoidfeber og paratyfus.” Samtidig ble nærmere forskrifter om vaksinasjon gitt, som i hovedsak anga nærmere regler for vaksinasjon mot kopper. Hvordan organiseringen av de andre vaksinasjonstiltakene skulle foregå går imidlertid ikke klart frem, men antagelig skulle gjennomføringen foregå langs de samme linjer som for koppevaksinen.⁸⁹

Det er med bakgrunn i dette kildemateriale usikkert hvor omfattende den påbudte vaksinasjonen mot tyfoidfeber og paratyfus var. Antagelig gjaldt det en midlertidig innsats i sammenheng med gjenreisningen av folkehelsen like etter krigen. Først og fremst ble påbudt tyfoid- og paratyfusvaksine tatt i bruk på militært personell, mens difterivaksinen også ble omfattet av påbud for deler av befolkningen, særlig blant elever ved folkeskolene i de større byene og deler av befolkningen i Oppland, Hedmark og Finnmark.⁹⁰ I april 1948 opplyste Helsedirektoratet i *Meddelelsesbladet* at ”Helsedirektørens påbud er og har hele tiden vært engangs-påbud, medmindre annet uttrykkelig er sagt i påbudet”, det vil si at de ekstraordinære påbudene som ble gitt i utgangspunktet skulle begrenses til ett års varighet.⁹¹ Det ser ikke ut til at noe allminnelig påbud for tyfoid- og paratyfusvaksine ble videreført i de følgende årene.

⁸⁵ Gogstad 1991: 59-60

⁸⁶ Gogstad 1991: 314

⁸⁷ Ryymin 2009: 220

⁸⁸ Innst. O. nr 1 (Ot. prp. nr. 4 - 1940): 2-3

⁸⁹ Rundskriv nr. 96, 1947, datert 10. januar 1947 (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 95, Mappe 4210 “Lov om vaksinasjon 1942-60”)

⁹⁰ Ot. prp. nr. 15 *Om lov om vaksinasjon* (1954): 2

⁹¹ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet april 1948, nr. 1: 16

Imidlertid ble påbud om koppe-, difteri-, stivkrampe, tyfoid- og paratyfoidvaksine gitt for militært personell med hjemmel i lov om vaksinasjon av 26. november 1954.

Difterivaksinasjon hadde også blitt gitt under påbud for barn i enkelte byer og fylker.⁹²

Kontinuitet i lovgivningen 1940-1954

Da krigen kom til Norge 9. april 1940 satte det en stopper for iverksettelsen av de nye vaksinasjonsbestemmelsene og videre arbeid med ny vaksinasjonslov. Nye permanente lover om vaksinasjon kom først på plass etter krigen, med lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose i 1947 og lov om vaksinasjon i 1954. Likevel er det rimelig å hevde at vaksinasjonsordningene i perioden bar preg av kontinuitet, også gjennom okkupasjonstiden og de spesielle forhold okkupasjonen innebar.

Vaksinasjonsloven fra 1940 hadde blitt brukt til å påby difterivaksinasjon når nye epidemier opptrådte i krigsårene.⁹³ Lov om vaksinasjon av 7. oktober 1943 rettet seg mot de samme potensielle målgruppene for påbud som 1940, med én viktig forskjell; I 1943 ble koppevaksinasjon av barn i andre leveår, og revaksinasjon i det tiende leveår en fast ordning.⁹⁴ Én av svakhetene som hadde blitt trukket fram i behandlingen av Midlertidig lov om vaksinasjon like før krigen var at de gjeldende bestemmelser ikke omfattet revaksinasjon.⁹⁵ Etter krigen ønsket Helsedirektoratet å videreføre ordningen fra krigsårene i en ny lov om vaksinasjon.⁹⁶ I første omgang ble den midlertidige vaksinasjonsloven fra 1940 tatt i bruk, fra 1. oktober 1946. Nå kunne utredningsarbeidet fortsette, men i første rekke kom by tuberkuloselovgivning. Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose ble vedtatt 12. desember 1947. Når Lov om vaksinasjon ble vedtatt 26. november 1954 ble vaksinasjonsordningen med spebarnsvaksinasjon og revaksinasjon videreført.

Vaksinasjonsarbeidet var imidlertid ikke det eneste politikkområdet som bar preg av kontinuitet på tross av brudd. Mer allment har historiker Øystein Sørensen argumentert for at okkupasjonsårene ikke bør oppfattes som en parentes i velferdsstatens historie, men at sosialpolitiske trekk i denne perioden fulgte bredere utviklingslinjer i tiden som ble videreført

⁹² Ot. prp. nr. 42 *Lov om endring i lov om vaksinasjon av 26. November 1954* (1960-1961): 1

⁹³ Seip 1994: 116

⁹⁴ Rundskriv nr. 54 1944, "lov om vaksinasjon av 1943 og forskrifter om vaksinasjon av 1944" datert 14. Oktober (RA. S-1287. S. Dept. H. dir H5, D 95, Mappe 4210 "Lov om vaksinasjon 1942-60"), 1944; Rundskriv nr. 96, 1947, datert 10. januar 1947, § 1, § 2 (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 95, Mappe 4210 "Lov om vaksinasjon 1942-60")

⁹⁵ Innst. O. nr. 1 (Ot. prp. nr. 4 - 1940): 1

⁹⁶ Seip 1994: 330

etter krigen.⁹⁷ Dette gjaldt ikke bare helse- og vaksinasjonslovgivningen. Han viser for eksempel til at regjeringen Nygaardsvold opphevet Lov om arbeidsledighetstrygd innført av NS, og gjeninnførte loven fra 1938, men nå med endringer i tråd med NS-loven fra krigsårene.⁹⁸ Når en ny lov om barnetrygd skulle tas opp i 1946 foreslo Sosialdepartementet et utkast som nærmest var en blåkopi av NS-regimets barnetrygd, men forslaget møtte motstand.⁹⁹ Historiker Anne-Lise Seip har vist hvordan forebygging i mellomkrigstiden i stor grad hadde vært overlatt til frivillige, helt til offentlig ansvar ble lovfestet etter krigen.¹⁰⁰ Krigen ble et brudd for de lovlige myndighetenes innsats, en innsats som fikk ny giv i etterkrigstiden, ikke minst med nye muligheter for utforming av offentlig helsepolitikk gjennom lovarbeid. For vaksinasjonslovgivningens del var imidlertid perioden 1940-1945 på mange måter en overgangsfase. Etterkrigstidens nye vaksinasjonslover kunne bygge på sentrale elementer i bestemmelsene fra perioden før.

Kampen mot tuberkulosen fra 1947 – ny lovgivning

Tuberkulose var en av de virkelig store folkesykdommene i Norge og hadde lenge blitt prioritert, såvel av det offentlige som av frivillige. At tuberkulose fikk særlig prioritet er uttrykt blant annet ved at sykdommen hørte til under et eget kontor i Helsedirektoratet, Tuberkulosekontoret. Vaksinasjon og forebyggende arbeid forøvrig hørte til under Hygienekontoret. Antall smittetilfeller med tuberkulose hadde blitt mer enn halvert fra 1900 til 1947 og var nede i cirka 4000 tilfeller per år.¹⁰¹

Etter krigen tok helsemyndighetene fatt på å intensivere innsatsen mot tuberkulosen, gjennom en rekke tiltak i stor skala, en intensivert innsats som bør forstås i konteksten av de store gjenreisningsoppgavene. Denne tiden var preget av at samfunnet skulle bygges opp på nytt, ikke minst økonomisk. For Karl Evang var det en klar forbindelse mellom folkets helse og landets økonomiske produksjon, investeringer i helsesektoren ble i hans forståelse knyttet direkte til den økonomiske veksten som gjenreisningen skulle føre med seg. I 1947 argumenterte han for utbygging av helsevesenet gjennom erklæringen ”et samfunns største verdi er dets levende, arbeidende mennesker”.¹⁰²

⁹⁷ Sørensen 1991: 10

⁹⁸ Sørensen 1991: 105

⁹⁹ Sørensen 1991: 139, 142

¹⁰⁰ Seip 1994: 329

¹⁰¹ *Sunnhetstilstanden og medisinalforholdene 1950, 1952* i Walsø 2011: 19

¹⁰² Evang, Karl. 1947. *Gjenreising av folkehelsa i Norge*: 99

En av de store gjenreisningsoppgaver var i så måte kampen mot tuberkulosen. Et av de midlene det knyttet seg store forventninger til var BCG-vaksinen, som foreløpig hadde blitt brukt i mindre utstrekning i Norge. Målet var nå å gjennomføre “alminelig vaksinasjon” (sic) blant personer som ikke hadde opparbeidet seg immunitet mot sykdommen.¹⁰³ I 1947 pekte Evang på de befolkningsgrupper det ville være mest hensiktsmessig å rette vaksinasjonstiltak mot:

de grupper av befolkningen hvor en med minst mulig arbeidskraft kan oppnå de største resultater ... skolebarn i folkeskolens siste klasse, skoleungdom i høyere skoler og fagskoler, rekrutter og idrettsungdom. Dertil kommer mennesker som er særlig utsatt for smitte, f. eks. arbeidere og funksjonærer ved tuberkuloseanstalter, alle som har tuberkulose i familien, blant kamerater på arbeidsplassen osv.¹⁰⁴

Imidlertid var vaksinasjon bare et av de tiltak Evang så for seg i tuberkulosebekjempelsen for fremtiden. Systematisk tuberkulinprøving og skjermbildefotografering kunne bidra til at sykdom ble oppdaget tidlig og at de syke fikk behandling. Evangs ambisjoner for skjermbildeundersøkelsene var store. Målet var landsomfattende undersøkelser som på sikt skulle dekke hele befolkningen.¹⁰⁵

Ved tuberkulinprøving kunne en skille mellom dem som hadde immunitet mot tuberkulose og dem som var utsatt for ny smitte. Tuberkulinprøving ble foretatt ved innngnidning av tuberkulin i et risp i huden, og avlesning et par dager senere. Personer med positiv reaksjon har tidligere utviklet immunstoffer som en følge av kontakt med tuberkuløs smitte. Fordi smitten kan befinne seg i kroppen i mange år kan tuberkulinpositive senere utvikle sykdom, på tross av opparbeidet immunitet.¹⁰⁶ Tuberkulinnegative personer har ikke immunitet mot tuberkulose, men kan beskyttes mot smitte gjennom vaksinasjon.¹⁰⁷ Ved hjelp av skjermbildefotografering kunne mange tuberkuløse, blant dem mange tidligere ukjente smittekilder spores opp og få behandling. Ved å kombinere tuberkulinprøving, skjermbildefotografering og vaksinasjon kunne myndighetene få et “mektig middel i kampen mot tuberkulosen”.¹⁰⁸ En slik tilnærming rettet seg inn mot å spore opp smitte og sørge for

¹⁰³ Evang 1947: 38

¹⁰⁴ Evang 1947: 39

¹⁰⁵ Evang 1947: 40

¹⁰⁶ Ot. prp. nr. 45 *Om lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose* (1947): 5

¹⁰⁷ Ot. prp. nr. 45 (1947): 6

¹⁰⁸ Op. Prp. nr 45 (1947): 12

behandling på den ene siden, og på den andre siden forebygging av ny smitte gjennom vaksinasjon på den andre.

12. desember 1947 ble tre tuberkuloselover vedtatt i Stortinget; Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose, Lov om røntgenundersøkelse ved skjermbilledfotografering og Lov om endring i lov av 8 mai 1900 angående særegne foranstaltninger mot tuberkuløse sykdommer.¹⁰⁹ Sammen dannet de en nytt rettslig grunnlag for tuberkulosearbeidet. Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose gjorde det påbudt å møte til tuberkulinprøving, vaksinasjon og nødvendig etterkontroll av tuberkulinreaksjon og ettersyn av vaksineanslag. Det skulle være foreldre og foresattes plikt å sørge for at personer under deres omsorg møtte fram.¹¹⁰ Loven ga Sosialdepartementet vide fullmakter til å påby tuberkulinprøving og vaksinasjon av tuberkulinnegative personer. Slike påbud kunne gis for elever i skoler og læreanstalter, innrulleringspliktige og vernepliktige, eller personer som på grunn av “levekår, yrke, arbeidsforhold, boligforhold eller annen årsak kan antas å bli utsatt for tuberkuløs smitte”, eller personer som ble ansett å være særlig utsatt for sykdom i tilfelle av smitte, eller personer “som i særlig grad vil bringe andre i fare om de skulle pådra seg en smitteførende tuberkuløs sykdom”. I tillegg kunne påbud gjøres gjeldende for alle med “bopel eller fast opphold i et nærmere angitt område”.¹¹¹ Slik disse bestemmelsene ble utformet ga det Helsedirektøren og legene i Helsedirektoratet vide muligheter for å påby tuberkulinprøving og vaksinasjon. Formelt ble adgangen til å gi påbud lagt til Sosialdepartementet, men slike avgjørelser ville i mange tilfelle avhenge av medisinsk-faglige vurderinger. Dermed fikk Helsedirektoratet under Evangs ledelse anledning til å utforme tiltakene på sine egne, faglige premisser.

Etter lovens § 5 pliktet helserådets ordfører å gjennomføre tuberkulinprøving og vaksinasjon, eller delegere oppgaven til annen lege eller hjelpevaksinatør. Både leger og hjelpevaksinatører skulle godkjennes av helsedirektøren.¹¹² Utgifter til påbudt vaksinasjon skulle dekkes dels av staten, dels av by- eller fylkeskommune.¹¹³ Vaksinasjon gitt under påbud ble slik også et tilbud om gratis vaksine for befolkningen. Skjermbilledfotografering skulle publikum imidlertid betale en fast sum for.¹¹⁴

¹⁰⁹ Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose av 12. desember 1947, Lov om røntgenundersøkelse ved skjermbilledfotografering av 12. desember 1947, Lov om endring i lov av 8. Mai 1900 angående særegne foranstaltninger mot tuberkuløse sykdommer av 12. desember 1947

¹¹⁰ Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose av 12. desember 1947, § 1

¹¹¹ Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose av 12. desember 1947, § 2; § 3

¹¹² Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose av 12. desember 1947, § 5; § 7

¹¹³ Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose av 12. desember 1947, § 11

¹¹⁴ Lov om røntgenundersøkelse ved skjermbilledfotografering av 12. desember 1947, § 3

De nye tuberkuloselovene plasserte hensynet til samfunnets vern mot smitte over individets selvbestemmelse. Historiker Vilde Walsø har vist hvordan vaksinasjonspåbud i lovforarbeidet ble beskrevet som “riset bak speilet” som skulle sikre tilstrekkelig oppslutning om BCG-vaksinasjon.¹¹⁵ Hun har pekt på at lovforslaget ikke skapte konflikt mellom partiene på Stortinget, på tross av at de store inngrep i individets frihet loven åpnet for hadde potensiale for politisk strid. Walsø har forklart denne politiske enigheten ved å vise til 1940-årenes kollektivistiske ideal og gjenreisningsarbeidet etter andre verdenskrig, samt periodens store tiltro til medisinsk fagkunnskap og vitenskapelige framskritt.¹¹⁶ Som vist hadde Evang selv knyttet de nye tuberkuloseiltakene til gjenreisningsarbeidet. At tiltakene ble gjenstand for bred politisk aksept bør også forstås i sammenheng med sykdommens utbredelse. Tuberkulose ble, på tross av den markante nedgang i sykkelighet og dødelighet etter 1900, i 1946 fortsatt omtalt som “vår store folkesykdom”.¹¹⁷ I gjenreisningen etter andre verdenskrig ønsket helsemyndighetene å bekjempe sykdommen med nye midler, med utgangspunkt i nye helselover.

BCG-vaksinen hadde blitt introdusert i Norge allerede i 1930, men ble brukt i begrenset utstrekning før de nye bestemmelsene i 1947.¹¹⁸ Historikeren Teemu Ryymin har vist at den eksposisjonsprofylaktiske strategi mot tuberkulose som fikk tilslutning fra 1930 hvor målet var oppsporing av nysmittede lungetuberkuløse for å hindre videre smitte, fra 1947 kombinerte røntgenundersøkelser, kirurgi og vaksinasjon.¹¹⁹ De nye bestemmelsene fra 1947 la grunnlaget for en effektiv strategi mot tuberkulosen, gjennom overvåkningstiltak rettet mot befolkningen i form av systematisk skjermbildefotografering og tuberkulinprøving og økt motstandskraft gjennom vaksinasjon. Gjennom den nye tuberkuloselovgivningen kunne disse tiltakene nå påbys. Hvordan ble påbudene kombinert med andre virkemidler for å realisere målsetningene om allmenn BCG-vaksinasjon?

Realisering av tuberkulosebestemmelsene: Påbud og propaganda

I 1948 skulle de nye tuberkulosebestemmelsene iverksettes. De lokale helsemyndighetene stod nå overfor oppgaven å etablere en ny praksis på grunnlag av de nye lovbestemmelsene. Et sentralt spørsmål i denne sammenheng var hvordan en skulle forholde seg overfor

¹¹⁵ Walsø 2011: 22, 24-25

¹¹⁶ Walsø 2011: 38

¹¹⁷ Ot. prp. nr. 45 (1947): 3

¹¹⁸ Ryymin 2009: 179

¹¹⁹ Ryymin 2009: 275

muligheten til å bruke straff, eller trussel om straff. I januar skrev distriktslegen i Grimstad til Helsedirektoratet med spørsmål om muligheten for å true med straff de personer som unnlot å møte til påbudt skjermbildefotografering. Bestemmelsene om møteplikt til skjermbildefotografering hadde trådt i kraft 1. januar.¹²⁰ Helsedirektoratets svar ble trykket i *Meddelelsesbladet* i april, og svarte til helsedirektørens prinsipielle holdning til spørsmålet:

Stort sett er skjermbildefotograferingen blitt møtt med stor velvilje av befolkningen. For den praktiske gjennomføringen må en som regel lite på dette og gjennom opplysningsarbeide søke å få flest mulig fram til undersøkelsene. Straff, f. eks. pengebot, vil kunne skape uvilje og motstand, så framtidig en slik forholdsregel blir alminnelig anvendt overfor dem som unnlater å møte fram.¹²¹

Som alternativ foreslo Helsedirektoratet bruk av opplysningsarbeide, som allment kunne bestå av oppfordringer i pressen. Den som unnlot å møte i første omgang skulle overtales, gjennom ny skriftlig henvendelse. Når personer som “på grunn av sitt yrke, arbeidssted eller av annen grunn” kunne true andre dersom de var smittebærere eller “personer som helserådet av en eller annen grunn har mistanke om kan lide av tuberkuløs sykdom” etter en slik ny henvendelse ikke kommer til kontroll

vil det kunne komme på tale å rette ny henvendelse til dem med trussel om at saken vil bli meldt til påtalemyndigheten så framtidig frammøte ikke finner sted innen en rimelig tidsfrist som nærmere bør angis. En vil dog be om at en slik henvendelse ikke finner sted før saken på ny har vært forelagt for Helsedirektoratet.¹²²

Denne presiseringen av hvordan en skal forholde seg til sanksjonsmulighetene i lovverket gjelder riktignok ikke vaksinasjon, men møteplikt til skjermbildefotografering. Likevel representerte svaret Helsedirektørens prinsipielle holdning, og slik sett har den overføringsverdi. Brevet ble trykket på samme tid som bestemmelsene om påbudt tuberkulinprøving og BCG-vaksinasjon trådte i kraft.¹²³ Bruk av straff mot personer som overtrådte slik møte- eller vaksinasjonsplikt ville kunne skape uvilje og motstand dersom en

¹²⁰ Lov om røntgenundersøkelse ved skjermbildefotografering av 12. desember 1947, §9

¹²¹ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet april 1948, nr 1: 20-21 (svarbrev til distriktslegen i Grimstad datert 27. januar, 1948)

¹²² Meddelelsesblad for Helsedirektoratet april 1948, nr. 1: 20-21 (svarbrev til distriktslegen i Grimstad datert 27. januar, 1948)

¹²³ Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose av 12. desember 1947, § 14: ”Denne lov trer i kraft den 1. april 1948”

slik reaksjon ble allment praktisert. En fremgangsmåte som skapte unødig uvilje ville være lite hensiktsmessig i praksis. Gjennom nye henvendelser kunne en utøve press før en eventuelt truet med straff, men først etter at Helsedirektoratet var orientert kunne slike trusler komme på tale. Muligheten for strafferettslige sanksjoner knyttet til den påbudte BCG-vaksineringen var slik først og fremst et siste argument for overtalelse, og ikke et prinsipp som skulle benyttes allment. Trolig ble tuberkuloselovgivningens adgang til å bruke straffelovens § 357 mot vaksinasjonsnektende en sovende bestemmelse. Loven åpnet forøvrig for “forholdsregler som av helsemessige grunner skal tas overfor dem som blir fritatt for eller unnlater seg påbudt tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose”, med formål å verne samfunnet for smitte. Slike sanksjoner mot tuberkulinnegative eller personer som ikke ville la seg tuberkulinprøve kunne innebære forbud mot å “besøke, oppholde eller ta arbeid i anstalter eller institusjoner hvor smitteførende tuberkulose forpleies”, utestengelse fra “visse skoler” eller forbud mot å arbeide i “visse anstalter, institusjoner, bedrifter eller yrker.”¹²⁴ Trolig var slike sanksjoner i praksis viktigere enn straff, fordi de kunne begrense individets livsutfoldelse ved utestengelse fra utdanning og yrkesmuligheter. For å oppnå allmenn vaksinasjon ble imidlertid påbudsbestemmelsene i første omgang kombinert med ulike pedagogiske tiltak. Hvilke informasjonsmidler tok Helsedirektoratet i bruk etter 1947 for å realisere de nye vaksinasjonsbestemmelsene mot tuberkulose?

Allerede i 1948 tok Helsedirektoratet initiativ til større opplysningsvirksomhet i tilknytning til BCG-vaksinasjon. Et av disse tiltakene var produksjon og distribusjon av propagandafilmen *Alle i fare*, som skulle ferdigstilles til 15. september 1948.¹²⁵ Helsemyndighetene ønsket å vise filmen ved alle landets kinematografer, men i første rekke skulle distrikter der skjermbildefotografering, tuberkulinprøving og vaksinasjon var planlagt eller igangsatt prioriteres.¹²⁶

Som et ledd i opplysningsarbeidet knyttet til tuberkulosebekjempelsen fikk Helsedirektoratet utarbeidet brosjyrer i serien *Folkeundersøkelsen mot tuberkulosen*. Brosjyren kom i flere utgaver som var knyttet til ulike scenario i tilknytning til tuberkulinprøving og vaksinasjon. I brosjyren *De er tuberkulinnegativ* ble den som testet negativt, men likevel motsatte seg vaksinasjon, “informert”:

¹²⁴ Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose av 12. desember 1947; § 13

¹²⁵ “Kontrakt mellom Sosialdepartementet og filmkonsulent Per Borgersen” datert 9. juni 1948 (RA. S-1285. S. dept. H.dir H3, D 70, Mappe Brosjyrer vedrørende BCG-vaksinasjon 1950-1959)

¹²⁶ Skriv “Til de offentlige leger” S.D.Jnr. 209/49, januar 1949 (RA. S-1285. S. dept. H.dir H3, D 70, Mappe 356.2 Brosjyrer vedrørende BCG-vaksinasjon 1950-1959)

De har ikke ønsket å la dem vaksinere med BCG. De plikter derfor å møte til tuberkulinprøving så ofte som Helsedirektøren eller helserådets ordfører finner det nødvendig.¹²⁷

Brosjyren viste til at denne møteplikten hadde hjemmel i Lov nr. 16 av 12. desember 1947, om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose. Normalt skulle ny tuberkulinprøve tas 2-3 måneder senere for å utelukke falsk negativ, deretter skulle undersøkelser foretas “årlig eller så ofte som det blir bestemt.”¹²⁸ Brosjyren var mer enn informerende, den innebar også en formaning om å føye seg etter de tiltak som helsedirektøren og helserådets ordfører bestemte – en formaning om å gjøre sin plikt. En viktig hensikt med slike tiltak skulle være å unngå at personer som var mottakelige for tuberkuløs smitte skulle kunne spre smitten videre. Ved regelmessig kontroll kunne nyervervet smitte oppspores raskt. Imidlertid innebar tiltakene samtidig en tydelig appell til den enkelte om å la seg vaksinere. Budskapet var klart - for den som motsatte seg vaksinasjon fulgte sanksjoner under helsedirektørens eller helserådets myndighet. At vaksinasjonsnekt også potensielt kunne straffes med bot eller fengsel ble imidlertid ikke nevnt.

I brosjyren som skulle gis til de tuberkulin-negative som ble vaksinert ble den enkelte oppfordret til å gjøre sitt i samfunnets kamp mot tuberkulosen: “Hjelp til å utrydde tuberkulosen ved å råde alle du kjenner til å møte fram til tuberkulin-prøving og vaksinasjon. Da beskytter du også deg og dine best.” Å la seg vaksinere og å oppfordre til vaksinasjon skulle være en solidarisk handling, samtidig som det var i den enkeltes egen interesse. Vaksinens betydning skulle det ikke være tvil om: “Av 100 sykdomstilfelle kunde 80-90 vært forebygget ved vaksinasjon med BCG.”¹²⁹

For vaksinasjon av 14-åringer i folkeskolen utarbeidet Helsedirektoratet et kort foreldreskriv signert Helsedirektøren. Her ble tuberkulosen omtalt som “den største fare” i ungdomsårene, og antallet smittekilder var “ennå så stort at ingen kan regne med å unngå smitten.” Helsemyndighetene vurderte tuberkulosefaren som særlig stor for ungdom og unge voksne, både når det gjaldt risikoen for smitte og utvikling av alvorlig tuberkuløs sykdom.

¹²⁷ ”Folkeundersøkelsen mot tuberkulosen: De er tuberkulin negativ”, udatert men trolig i bruk fra 1950 (RA. S-1285. S. dept. H.dir. H3, D 70 Mappe 356.2 Brosjyrer vedrørende vaksinasjon 1950-1959)

¹²⁸ ”Folkeundersøkelsen mot tuberkulosen: De er tuberkulin negativ”, udatert men trolig i bruk fra 1950 (RA. S-1285. S. dept. H.dir. H3, D 70 Mappe 356.2 Brosjyrer vedrørende vaksinasjon 1950-1959)

¹²⁹ “Folkeundersøkelsen mot tuberkulosen: Du er negativ – vaksinert”, udatert men trolig i bruk fra 1950 (RA. S-1285. S. dept. H.dir. H3, D 70 Mappe 356.2 Brosjyrer vedrørende vaksinasjon 1950-1959)

Slik argumenterte helsemyndighetene overfor foreldre med en argumentasjon som bygde på saklige, medisinske argumenter, forent med appeller til befolkningens smittefrykt.¹³⁰

Arbeidet med å informere og overtale tok form av slike brosjyrer og skriv, men måtte også føres muntlig av helsepersonell som stod for gjennomføringen av vaksinasjon, enten det var offentlige leger eller hjelpevaksinatører. Retningslinjer for dette arbeidet ble gitt i *Arbeidsinstruks for BCG-vaksinasjonssøster* fra 1951, hvor vaksinatørene ble gitt råd om hvordan de skulle møte personer som motsatte seg vaksinasjon:

Overfor personer som motsetter seg vaksinasjon brukes saklige argumenter, bli ikke sint om vedkommende kommer med aldri så dumme motargumenter, tar en det for lettvint ryktes det snart i køen. Reguler argumentasjonstiden etter køen.¹³¹

I følge instruksen var det ingen absolutt kontraindikasjon mot BCG-vaksinasjon, men personer som mente at de hadde medisinske grunner til å unnlate vaksinasjon skulle henvises til offentlig lege eller diagnosestasjon der en endelig avgjørelse om vaksinasjon kunne tas.¹³² Vaksinatøren skulle argumentere saklig uten å bli sint, og det ble fremhevet som viktig å ikke ta for lett på denne delen av arbeidet. Forøvrig måtte overtalelsen ikke ta opp for mye tid, slik at en rakk å vaksinere alle som møtte fram.

Påbudt BCG-vaksinasjon ble søkt gjennomført i samspill med en rekke pedagogiske tiltak. Slik arbeidet ble lagt opp skulle trussel om straff unngås, på tross av at loven åpnet for å bruke straffelovens § 357. En rekke pedagogiske tiltak ble iverksatt fra 1948, når de nye tuberkuloselovene skulle iverksettes. Det største enkelttiltaket for opplysningsvirksomhet om BCG-vaksinen var filmen *Alle i fare*, som skulle vises i hele landet, fortrinnsvis der omfattende BCG-vaksinasjon og skjermbildefotografering var planlagt. Vaksinasjonssøstre ble instruert om å argumentere saklig. Informasjon rettet mot foreldre til barn som skulle vaksineres i skolen argumenterte på den ene siden med saklige, medisinske argumenter, samtidig som myndighetene appellerte til befolkningens smittefrykt.

¹³⁰ "Til foreldrene!" 55/52 44. B H. dir. H3, udatert men trolig i bruk fra 1952 (RA. S-1285. S. dept. H.dir. H3, D 70 Mappe 356.2 Brosjyrer vedrørende vaksinasjon 1950-1959)

¹³¹ "Arbeidsinstruks for BCG-vaksinasjonssøster", AE/GH, datert 24. mai 1951 (RA. S-1285 S. dept H. dir. H3, D 70, 356.2 Brosjyrer vedrørende vaksinasjon 1950-1959)

¹³² "Arbeidsinstruks for BCG-vaksinasjonssøster", AE/GH, datert 24. mai 1951 (RA. S-1285 S. dept H. dir. H3, D 70, 356.2 Brosjyrer vedrørende vaksinasjon 1950-1959)

Lov om vaksinasjon av 1954

Vaksinasjonslovene fra 1810 og 1811 hadde gjort koppevaksinasjon obligatorisk i Danmark-Norge, ved å kreve vaksinasjon for alle utskrevne soldater, og ved at koppeattest skulle kreves av presten ved vielse og konfirmasjon.¹³³ Kopperepidemiene kom tilbake gjennom 1800-tallet, men med gradvis mindre utbredelse og lavere dødelighet enn tidligere, særlig etter 1868.¹³⁴ På 1900-tallet hadde koppene blitt en svært sjelden sykdom i Norge, men de gamle vaksinasjonsbestemmelsene ble likevel kritisert for å være utdaterte. Krigsutbruddet i Europa foranlediget Midlertidig lov om vaksinasjon av 1940, hvor tilgangen til å gjøre vaksinasjon påbudt ble mer omfattende. Den midlertidige loven var først og fremst en kriselov som skulle sikre den nødvendige beredskap mot muligheten for importerte epidemier av kopper eller andre smittsomme sykdommer. En permanent vaksinasjonslov var imidlertid tiltenkt allerede i 1940, og i 1954 ble forslag om ny vaksinasjonslov fremmet i Stortinget. I proposisjonen *om lov om vaksinasjon* ble det hevdet at det ikke fantes “noen begrunnet tvil om at vaksinasjon mot kopper er den vesentligste årsak til at sykdommen forsvant fra landet i løpet av det nittende og begynnelsen av det tyvende århundre”. Det ble vist til at både England og Frankrike de senere årene hadde opplevd kopperepidemier som følge av importerte tilfelle, og på grunn av “den intime kontakt som Norge står i med utlandet kan lignende situasjoner nå som helst opptre her.”¹³⁵ Faren for at vaksinasjonsdekningen skulle synke slik at nye koppeepidemier ville gjøre seg gjeldende og kreve massevaksinasjon ble oppgitt som årsaken til at Sosialdepartementet nå gikk inn for å påby koppevaksinasjon for alle barn i andre leveår, og revaksinasjon i det tidende.¹³⁶ Økt global flytrafikk og fortsatt stor utbredelse i andre verdensdeler var argumenter for at faren for smitteimport var dramatisk, og at påbudt vaksinasjon dermed var nødvendig.¹³⁷

I debatten ble diskusjonene omkring påbudt vaksinasjon tilspisset, og saken inngikk ”i rekken av alminnelige prinsippaker der grensene for velferdsstatens makt skulle trekkes”.¹³⁸ Rune Slagstad har pekt på den strid mellom hensynet til effektivitet og rettssikkerhet i forvaltningen som oppstod, først i forbindelse med den økonomiske reguleringspolitikken og deretter i forbindelse med forslaget om Beredskapslov i 1950.¹³⁹ Historiker Vilde Walsø har vist at det først og fremst var representanter fra de borgerlige partiene Venstre, Høyre og

¹³³ Moseng 2003: 185

¹³⁴ Moseng 2003: 203-204

¹³⁵ Op. prp. nr. 15 (1954): 5

¹³⁶ Op. prp. nr. 15 (1954): 5-7

¹³⁷ Walsø 2011: 45

¹³⁸ Seip 1994: 331

¹³⁹ Slagstad 2001: 370-372

Bondepartiet, som stilte seg kritiske til forslaget om ny vaksinasjonslov gjennom å vektlegge at “legemets ukrenkelighet” stod i konflikt med hensyn til fellesskapet. At vaksinasjonspåbud nå ble et omstridt spørsmål ser også Walsø i sammenheng med debatten rundt beredskapsloven i 1950 og pris- og rasjonaliseringslovene i årene mellom 1951 og 1953, og at kopper var en svært sjelden sykdom i Norge i 1954, i motsetning til tuberkulosen i 1947.¹⁴⁰ At de borgerlige representantene stilte seg kritisk til lovforslaget har Walsø forklart ved at de i 1954 ikke lenger følte den samme forpliktelsen til å støtte Arbeiderpartiet som i de første gjenreisningsårene, og at verdier som individualisme og rettssikkerhet nå ble viet større oppmerksomhet.¹⁴¹

Lov om vaksinasjon skapte større debatt i Stortinget enn Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose hadde gjort syv år tidligere, men ble likevel vedtatt 26. November 1954. Loven omhandlet vaksinasjon mot “kopper og de andre farlige akutte infeksjonssykdommer som departementet til enhver tid bestemmer”, og ga Sosialdepartementet fullmakt til å påby vaksinasjon for “alle personer som oppholder seg i riket eller visse deler av det, når vaksinasjon antas å være nødvendig for å hindre at en epidemi bryter ut eller sprer seg”, for personer i militær tjeneste eller personer “som på grunn av alder, yrke eller av andre grunner er særlig utsatt for akutte infeksjonssykdommer”, samt alle innreisende til landet.¹⁴² Med loven ble en fast vaksinasjonsordning for barn innført, hvor “alle barn skal vaksineres innen utgangen av det kalenderår som følger etter fødselsåret og revaksineres innen det fylte 10. år”.¹⁴³ Det var den enkeltes plikt å møte til vaksinasjon, men ved vaksinasjon av barn hadde foreldre eller foresatte plikt til å sørge for oppmøte.¹⁴⁴ For dem som unndro seg eller ble fritatt for vaksinasjon kunne departementet fatte vedtak som begrenset vedkommendes bevegelsesfrihet, yrkesdeltakelse, tilgang til institusjoner som “undervisningsanstalter, barnehjem, feriekolonier o. l.”, eller at vedkommende skulle stilles under helserådets kontroll.¹⁴⁵ For barn kunne helserådets ordfører frita for påbudt vaksinasjon, fritak av “medisinske eller andre tungtveiende grunner” kunne gis av departementet.¹⁴⁶

Slik påbudt BCG-vaksinasjon hadde blitt iverksatt fra 1948, med bruk av en rekke pedagogiske virkemidler som skulle overtale uten å true med straff, ble det nå lagt opp til et påbud for koppevaksinasjon der formålet først og fremst var å overtale. Påbudsbestemmelsene

¹⁴⁰ Walsø 2011: 46-47

¹⁴¹ Walsø 2011: 50

¹⁴² Lov om vaksinasjon av 26. november 1954, § 1; § 2 a-c

¹⁴³ Lov om vaksinasjon av 26. november 1954, § 3

¹⁴⁴ Lov om vaksinasjon av 26. november 1954, § 4

¹⁴⁵ lov om vaksinasjon av 26. november 1954, § 5

¹⁴⁶ Lov om vaksinasjon av 26. november 1954, § 2 siste ledd

ble utformet etter samme mønster, slik at avgjørelse om å gi påbud i stor grad avhang av medisinsk-faglige vurderinger. Påbud og pedagogiske tiltak ble kombinert med økonomiske incentiver. I Lov om vaksinasjon av 1954 ble utgiftene til vaksinasjon fordelt mellom stat, by- og fylkeskommune. Koppevaksinasjon ble gratis ved at det offentlige tok på seg utgiftene.¹⁴⁷

Påbudt koppevaksinasjon i praksis 1955-1961

I 1961 gikk Sosialdepartementet inn for å endre Lov om vaksinasjon av 1954. Bakgrunnen for at loven nå ble tatt opp til revisjon var de medisinske erfaringene med koppevaksinasjon i tiden fra 1955. Det viste seg at komplikasjonsfaren var minst før fylte 1 år, og dermed var bestemmelsen om vaksinasjon før fylte 2 år på medisinsk grunnlag allerede utdatert. Sosialdepartementet foreslo derfor å endre lovens § 3 slik at helsedirektøren fikk fullmakt til å bestemme hvilken alder vaksinasjon etter Sosialdepartementet skulle gis ved.¹⁴⁸ Dermed skulle loven åpnes opp for endringer i vaksinasjonspolitikken i tråd med skiftende medisinsk kunnskap.

I arbeidet med lovendringen ble loven mer allment vurdert, med utgangspunkt i erfaringene med koppevaksinasjon etter 1955. De tallene en hadde over førstegangsvaksinerte for perioden 1955-1958 viste en sterk økning i antallet førstegangsvaksinerte barn under 2 år etter innføringen av vaksinasjonsloven i 1955, noe som hadde vært et av målene med den nye ordningen. Imidlertid ble fortsatt kun halvparten av barnekullene vaksinert i den rette alder.¹⁴⁹ I proposisjonen ble det pekt på praktiske utfordringer med vaksinasjon i distriktene. Et særlig problem var at epidemier av barnesykdommene førte til at vaksinasjon måtte utsettes, og ofte hadde barna blitt eldre enn 2 år når den rutinemessige vaksinasjonen kunne gjenopptas. Forøvrig ble det pekt på likegyldighet, motvilje og manglende kunnskap om at vaksinasjon av medisinske grunner burde gis før fylte 2 år som årsaker til den fortsatt lave oppslutningen.¹⁵⁰

Påbudt koppevaksinasjon hadde ikke ført til at alle ble vaksinert i den alderen loven la til grunn. I tillegg til de vaksinasjoner som ble utsatt av mer praktiske årsaker kom lovens fritaksbestemmelse. Gyldig fritak av medisinske årsaker skulle gis av helserådets ordfører, eller for militært personell sanitetssjefen eller den person han ga fullmakt. Ved fritak av andre

¹⁴⁷ Lov om vaksinasjon av 26. November 1954, § 8

¹⁴⁸ Innst. O. nr. 94. *Innstilling fra sosialkomiteén om lov om endring i lov om vaksinasjon* (Ot. prp. nr. 42 - 1960-1961): 1

¹⁴⁹ Ot. prp. nr. 42 (1960-1961): 1 (50,8 % av barn under 2 år hadde blitt vaksinert i 1958, men det ble antatt at det reelle tallet lå nærmere 60 %)

¹⁵⁰ Ot. prp. nr. 42 (1960-1961): 2

grunner, slik som overbevisning, skulle søknad om fritak stilles til Sosialdepartementet. I 1961 ble fritaksordningen vurdert som tilfredsstillende: "Slike søknader er sjeldne, 2-4 om året og blir alltid imøtekommet når det ikke byr på medisinske betenkeligheter på grunn av det yrke vedkommende er knyttet til." "Påbudene har virket hensiktsmessige og er stort sett etterkommet i nødvendig utstrekning av dem som omfattes av dem."¹⁵¹

Fritak på overbevisningsgrunner var sjeldne, og individets overbevisning ble vektet mot samfunnets behov for beskyttelse mot smitte. Hvor mange som fikk innvilget fritak på medisinsk grunnlag er derimot usikkert. Avgjørelsen i det enkelte tilfelle skulle tas av helserådets ordfører, basert på medisinsk skjønn.

Revaksinasjon av barn i det tiende leveår skulle etter vaksinasjonsloven først gjennomføres for det barnekull som hadde blitt førstegangsvaksinert i 1955-1956, det vil si i 1962-1963. I Helsedirektørens uttalelse argumenterte Evang for at en slik revaksinasjon i den nåværende situasjonen ville ha en beskjeden innvirkning på det totale antallet immuniserte i befolkningen:

Om de epidemiologiske forhold hadde ligget slik an i slutten av 1940- og 1950-årene som i dag, hadde helsedirektøren for sitt vedkommende neppe foreslått det aktuelle revaksinasjonspåbud inntatt i selve loven, og det kan ikke sees at det kan reises avgjørende medisinske innvendinger mot at loven endres slik at påbudet nå faller bort.¹⁵²

Imidlertid ble førstegangsvaksinasjon mot kopper opprettholdt, og Evang tilrådet slik vaksinasjon i første leveår. Ideelt sett burde vaksinen gis ved 6 måneders alder, slik at det anbefalte timeplan for spebarnsvaksinasjon nå omfattet trippelvaksinasjon ved 3-5 måneder, koppevaksine ved 6 måneder og vaksine mot poliomyelitt ved 7-8 måneder. Evang tilrådet fortsatt påbudt førstegangsvaksinasjon mot kopper, men gikk inn for vaksinasjon før ett år og helst ved 6 månedersalderen.¹⁵³

Kopper spilte en annen rolle i Norge i 1950-årene enn det tuberkulosen hadde gjort og fortsatt gjorde. Påbud om koppevaksinasjon fra 1955 ble ikke fulgt opp med informasjonstiltak tilsvarende omfanget av de tiltak som ble gjennomført i tilknytning til tuberkuloseundersøkelsene noen år tidligere. Formålet med vaksinasjonspåbudet skulle være å opprettholde, eller bedre vaksinasjonsdekningen i befolkningen for slik å hindre import av

¹⁵¹ Ot. prp. nr. 42 (1960-1961): 1

¹⁵² Ot. prp. nr. 42 (1960-1961): 5

¹⁵³ Ot. prp. nr. 42 (1960-1961): 6

kopper og påfølgende epidemisk spredning. I den forstand hadde loven fungert etter hensikten. Førstegangsvaksinasjon i den tryggeste alder hadde økt. I perioden 1947-1950 ble 74 938 førstegangsvaksinasjoner gjennomført på barn under 2 år, i perioden 1955-1958 var det tilsvarende tallet 113 398.¹⁵⁴ Imidlertid ble fortsatt bare rundt halvparten av barn under 2 år, i 1958 50,8 %, vaksinert mot kopper. Sosialminister Gudmund Harlem forklarte den manglende vaksinasjonsdekningen med praktiske årsaker. Først og fremst skyldes manglende vaksinasjon epidemier av barnesykdommene, som førte til at vaksinasjon måtte utsettes.¹⁵⁵ At epidemier forhindret rutinemessig vaksinasjon kunne en gjøre lite med, foruten å fortsette det forebyggende helsearbeidet. Imidlertid hadde Evang også frarådet iverksetting av den ordningen for revaksinasjon mot kopper som opprinnelig skulle tre i kraft i 1962 med begrunnelsen at det ville kreve mye av offentlige leger og helsesøstre som allerede hadde nok å gjøre, og at utbytte av ordningen neppe ville rettferdiggjøre en slik ressursbruk. Dermed ble utstrakt førstegangsvaksinasjon prioritert over revaksinasjon mot kopper. Rutinemessig vaksinasjon krevde et betydelig apparat. Påbudt vaksinasjon skulle utføres av offentlig lege, helsesøster eller annen autorisert hjelpevaksinatør. For å realisere rutinisert vaksinasjon av krevdes utbygging av en landsomfattende helsesøstertjeneste og satsing på helsestasjoner som en sentral institusjon.

Helsesøstre, helsestasjoner og skolehelsetjeneste: strukturelle tiltak for vaksinasjon

Allerede i 1947 hadde Evang pekt på helsestasjonenes og helsesøstrenes sentrale rolle i det forebyggende helsearbeidet, og betydningen av disse i gjenreisningsarbeidet etter krigen.¹⁵⁶ For å løse en rekke forebyggende oppgaver, deriblant vaksinasjon, måtte flere helsesøstre utdannes og en offentlig helsesøsterordning måtte bygges ut i hele landet. Når det gjaldt utdannelse var de første skritt allerede tatt; Statens helsesøsterskole i Oslo startet sin undervisning i januar 1946. Arbeidet med en helsesøsterlov skulle sikre at tjenestene ble realisert i hele landet.¹⁵⁷ I Evangs planer for det forebyggende helsearbeidet var helsesøstrene tiltenkt en avgjørende rolle som de offentlige legenes og helserådernes hjelpere.¹⁵⁸

Arbeidet med å få på plass en helsesøsterordning skulle ta tid. Først i 1957 ble et formelt grunnlag for en landsomfattende ordning lagt gjennom Lov om helsesøstertjenesten av 1957, men arbeidet med å realisere lovens bestemmelser skulle ta noen år. 25. mars 1959 uttalte

¹⁵⁴ Ot. Prp. Nr 42 (1960-1961): 8

¹⁵⁵ Op. Prp. Nr 42 (1960-1961): 1-2

¹⁵⁶ Evang 1947: 55-64

¹⁵⁷ Evang 1947: 67-68

¹⁵⁸ Schjøtz 2003: 333

Sosialdepartementet seg om hvordan loven skulle iverksettes. Departementet vektla betydningen av å utarbeide planer for en fremtidig helsesøstertjeneste i legedistriktene som ikke skulle begrenses av hensyn til dagens økonomi, men isteden ta utgangspunkt i hva som var ønskelig, gitt tilstrekkelige bevilgninger. I utarbeidelsen av helsesøsterplaner for distriktene skulle behovene legges til grunn, og Sosialdepartementet foreslo som et minimum en ordning med én helsesøster for 5000 innbyggere.¹⁵⁹ Imidlertid kunne økonomi begrense evnen til gjennomføring av planene, derfor foreslo departementet at fylkeslegene burde utarbeide lister der helsesøstertstillingene ble rangert etter prioritet.¹⁶⁰ Først i 1963 ble planene for en helsesøstertjeneste realisert i hele landet.¹⁶¹

Helsestasjonen var en institusjon med røtter tilbake til pleiestasjonene for spebarn i det første tiåret av 1900-tallet, som særlig hadde dukket opp i enkelte byer. En større utbygging av helsestasjoner ble gjort i 1930-årene, stort sett på frivillige initiativ. Ved gjenreisningen i 1946 fantes det 400 slike stasjoner, fortsatt hovedsaklig eid og drevet av frivillige.¹⁶² I perioden etter 1950 tok det offentlige i økende grad ansvar for denne virksomheten, og arbeidet ble allment gjennom satsing på vaksinasjon, vekstkontroll og ernæring som universelle tiltak.¹⁶³ Helsestasjonene skulle bli helt avgjørende insitusjoner for gjennomføring av vaksinasjon. Gjennom denne virksomheten kunne det offentlige nå spebarna i hele landet.

Skolehelsetjenesten hadde sterkere tilknytning til det offentlige hygienearbeidet enn det helsestasjonene hadde.¹⁶⁴ BCG-vaksinasjonen i Norge hadde 14-åringer som en av de primære målgruppene. Denne vaksinasjonen ble dermed ikke del av det alminnelige vaksinasjonsarbeidet ved helsestasjonene, men ble lagt under skolehelsetjenesten. I helsesøsterordningen fikk helsesøster administrativt ansvar for helsearbeidet ved helsestasjoner og i skolene.¹⁶⁵ Retningslinjer for skolehelseordningen ble vedtatt i lov om helsearbeidet i skole og andre utdanningsinstitusjoner av 1957.¹⁶⁶ I Lov om helsearbeidet i skole og andre undervisningsinstitusjoner av 1957 ble de lokale helserådene gitt ansvar for å

¹⁵⁹ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet november 1959, nr. 2: 50 "Plan for gjennomføring av offentlig helsesøstertjeneste", Sosialdepartementets brev til en fylkeslege av 25. mars; Evang hadde forøvrig ønsket én helsesøster per 3000 innbygger i 1947, Evang 1947: 67

¹⁶⁰ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet november 1959, nr. 2: 50 "Plan for gjennomføring av offentlig helsesøstertjeneste", Sosialdepartementets brev til en fylkeslege av 25. mars

¹⁶¹ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet januar 1964, dobbeltnr. 1963-64: 10 "Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger og stadsfysici i mars 1963"

¹⁶² Schjøtz 2003: 245

¹⁶³ Elvbakken & Kjærnes i Elvbakken et. al. 1994. *Mellom påbud og påvirkning. Tradisjoner, institusjoner og politikk i forebyggende helsearbeid*: 80-81

¹⁶⁴ Elvbakken i Elvbakken et. al 1994: 93

¹⁶⁵ Elvbakken og Kjærnes i Elvbakken et al. 1994: 84

¹⁶⁶ Elvbakken i Elvbakken et. al. 1994: 96

utarbeide nærmere planer for skolehelsetjenesten, i samarbeid med skolestyrer og øvrige skolemyndigheter.¹⁶⁷ Tuberkuloselovgivningens påbud om årlig tuberkulinprøving av elever og ansatte, samt og BCG-vaksinasjon før utgangen av folkeskolen hadde allerede dannet et grunnlag for skolehelsetjenesten; helsekontroll i skolen var allerede innført nasjonalt. Blant de forebyggende helsetiltak var vaksinasjon særlig hensiktsmessig å gjennomføre i skolen, og ved innføringen av en ny skolehelsetjeneste ble vaksinasjon dermed tiltenkt å være en økende del av skolelegenes og helsesøstrenes arbeid. Vaksinasjon mot tuberkulose, polio og difteri skulle gjennomføres i skolen. Difterivaksinasjon var imidlertid avhengig av den til enhver tid rådende epidemiologiske situasjon. Utarbeidelsen av hsekort som skulle følge eleven skulle lette arbeidet med vaksinasjon og andre tiltak.¹⁶⁸

Konklusjon: Allmenn vaksinasjon gjennom påbud, propaganda og gratis vaksine

De juridiske påbudsbestemmelsene om BCG-vaksinasjon ble fra 1948 kombinert med omfattende pedagogiske virkemidler, i form av film, foreldreskriv, brosjyrer og retningslinjer for vaksinatører. BCG-vaksinasjon hadde blitt påbudt ved lov, og unndragelse fra lovens bestemmelser kunne innebære sanksjoner, i ytterste konsekvens kunne straff under § 357 benyttes. Imidlertid hadde straff eller trusler om straff ikke blitt omtalt, verken i vaksinatørenes instruks eller i materialet som var beregnet på publikum. Helsedirektøren rådet de lokale helserådene til å lite på befolkningens velvilje og opplysningsarbeide som den primære fremgangsmåte, også mot personer som motsatte seg de offentlige tiltak. Trusler om straff skulle først komme på tale etter gjentatte henvendelser, og etter at Helsedirektoratet igjen hadde blitt rådspurt. Andre sanksjoner var mer åpenbart anvendelige, slik som plikten til å møte til ny kontroll så ofte som helserådets ordfører eller helsedirektøren bestemte. Slike sanksjoner hadde til hensikt å hindre at uvaksinerte spredte smitte, og kunne også innebære utestengelse fra bestemte yrker, utdannelseinstitusjoner og lignende. Trusler om allminnelig straff var trolig lite aktuelle når lovens andre sanksjoner kunne ha vel så kritiske konsekvenser for den enkelte.

Påbudt BCG-vaksinasjon ble søkt gjennomført gjennom argumentasjon der påbud og sanksjoner kunne være vektige argumenter, men først og fremst tok argumentasjonen form av appeller til saklighet på den ene siden, og smittefrykt på den andre. Ved å vise til påbud og

¹⁶⁷ Op. Prp. Nr. 42. *Om lov om helsearbeidet i skoler og andre undervisningsinstitusjoner* (1957)

¹⁶⁸ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet oktober 1957, nr. 1: 19-32 "Helsearbeidet i skolene. Foredrag ved Den norske lægeforenings fortsettelseskurs 28/8 1957 av legekonsulenten Else A. Johanning"

sanksjoner med hjemmel i Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose appellerte myndighetene til individets pliktfølelse. Kombinert med argumenter som viste til smittefaren og BCG-vaksinens betydning for å forhindre slik smitte skulle den enkelte overtales. I denne argumentasjonen var vaksinasjon i samfunnets interesse, og dermed en plikt, og samtidig i individets egen interesse. Tuberkulosen var fortsatt en folkesykdom som satte “alle i fare”.

Statlige vaksinasjonspåbud ble understøttet av økonomiske tiltak; påbudt vaksine var gratis vaksine, slike bestemmelser var inntatt i Midlertidig lov om vaksinasjon av 1940, men også i krigstidens bestemmelser fra 1943. For de ekstraordinære påbudene som ble gjort gjeldende etter 1946, påbudt BCG-vaksinasjon fra 1948, samt påbud gitt med hjemmel i Lov om vaksinasjon av 1954 skulle vaksinasjonskostnader dekkes av stat, by- og fylkeskommune.

Obligatorisk vaksinasjon var ikke nytt i 1940- og 1950-årene, men perioden ble preget av at fullmaktene til å påby vaksinasjon var langt mer omfattende enn tidligere ordninger. Dette var en trend fra 1940, gjennom okkupasjonstiden og tiåret etter krigen, selv om fullmaktene ble noe innskrenket i de nye vaksinasjonslovene etter krigen. Under okkupasjonen var myndighet gitt til medisinaldirektøren ved en rekke fullmakter, i 1954 ble fullmaktene innskrenket ved at de formelt ble lagt til departementet. Imidlertid var bestemmelsene utformet på en slik måte at en del myndighet i praksis ble tillagt den medisinske ekspertise i Helsedirektoratet. Stående påbud gjaldt vaksinasjon mot tuberkulose og kopper, to sykdommer myndighetene hadde tradisjoner for å bekjempe. At normative virkemidler ble valgt for disse bør derfor forstås i lys av at disse sykdommene tidligere har vært prioritert av det offentlige.

Både Midlertidig lov om vaksinasjon av 1940 og Lov om vaksinasjon av 1954 var først og fremst innrettet for å påby koppevaksinasjon, men de åpnet også opp for påbudt vaksinasjon mot andre sykdommer dersom departementet ønsket det. Fra 1946 ble denne tilgangen brukt til å påby vaksinasjon mot difteri, tyfoidfeber og paratyfus. Der tyfoidfeber- og paratyfusvaksinasjon ble gjort påbudt særskilt for militært personell, ble difterivaksinasjon til sivilbefolkningen gitt under ulike påbud gjennom 1950-tallet, senest i 1958.

Vaksinasjonslovens § 5 gav departementet sanksjonsmuligheter mot personer som hadde fått fritak eller som hadde unndratt seg bestemmelsene, ”under epidemi eller når epidemi truer”. Paragrafen gav hjemmel til innskrenkninger i bevegelsesfriheten, valg av yrke, tilgang til undervisningsanstalter, barnehjem, feriekolonier og lignende.

Påbudt koppevaksinasjon for barn ble iverksatt etter Lov om vaksinasjon av 1954, men praktiske hensyn begrenset gjennomføring av vaksinasjon de første årene. Ikke minst

forhindret epidemier av de vanlige barnesykdommene ofte vaksinasjon før barna nådde den kritiske alder da legene ikke lenger ønsket å vaksinere på grunn av komplikasjonsfaren. Personellmangel hindret også konsekvent vaksinasjon. At de offentlige leger og helsesøstre hadde omfattende arbeidsoppgaver hindret ofte gjennomføring av vaksinasjon for alle barn, særlig i distriktene. Likevel viste vaksinasjonsstatistikkene at førstegangsvaksinasjon i alderen før fylte to år hadde økt i perioden 1955-1958, sammenlignet med perioden før. Det lovpålagt vaksinasjonspåbudet ble dermed vurdert som tilfredsstillende, selv om kun halvparten av barnekullene ble vaksinert til riktig tid, fordi et av lovens hovedformål hadde vært å øke antall vaksinasjoner i den rette alder.

Påbudt vaksinasjon mot kopper ble ikke fulgt opp med de samme omfattende pedagogiske virkemidlene som for BCG-vaksinasjonen, som har sammenheng med sykdommens utbredelse. Der tuberkulose fortsatt var å regne for en folkesykdom fremstod kopper som en svært sjelden sykdom i 1950-årene. Formålet med vaksinasjon var først og fremst å hindre nye epidemier med smitte importert utenfra. For BCG-vaksinasjonens del handlet det om å bekjempe en utbredt sykdom.

Ved påbudt vaksinasjon var det offentlige leger, helsesøstre og andre autoriserte hjelpevaksinatører som skulle stå for gjennomførelsen. Det økte fokuset på forebyggende arbeid i perioden ga distrikslegene økt arbeidsbyrde og skapte behov for kvalifisert personell som kunne bistå de offentlige legene. Helsesøstrene var tiltenkt en sentral rolle, som en støttespiller til de offentlige legenes og helserådenes forebyggende arbeid. I første omgang gjaldt det å få utdannet flere helsesøstre, blant annet gjennom opprettelsen av Statens helsesøsterskole i 1947. En landsdekkende helsesøsterordning kom først på plass etter lov om helsesøstertjenesten av 1957. Samme år ble Lov om helsearbeidet i skole og andre undervisningsinstitusjoner vedtatt, og blant de sentrale oppgavene som ble utpekt for skolehelsetjenesten var vaksinasjon mot tuberkulose, polio og difteri. Skolen var en hensiktsmessig arena for vaksinasjon av de litt eldre barna, på samme måte som helsestasjonene egnet seg til vaksinasjon av spebarn. Utbygging av en landsdekkende helsesøstertjeneste, skolehelsetjeneste og satsing på helsestasjonene ble sentrale strukturelle bidrag til 1950-årenes vaksinasjonsstrategi.

Kapittel 3: Vaksinasjonsarbeidet i vekst 1950-1960

I løpet av 1950-årene ble kombinasjonsvaksiner mot tetanus, kikhoste og difteri, samt poliovaksine fra 1956 tatt i bruk på frivillig basis. Kombinasjonsvaksiner var mindre egnet til å møte konkrete epidemiske trussler, og ble aldri gjort til gjenstand for påbud. Hvilke argumenter ble tatt i bruk for disse vaksinene? Når poliovaksinen skulle innføres ble det bestemt at den skulle gis på frivillig basis. Hvilke argumenter ble lå bak denne avgjørelsen? Hvilke virkemidler ble tatt i bruk i tilknytning til de nye vaksinene i 1950-årene som ikke ble gjenstand for påbud?

I hvilken forstand inngikk disse vaksinene i et program i 1950-årene? For det første innebærer det at innsatsen vurderes samlet, og oppfattes som en enhetlig, systematisk innsats for å tilby basisvaksinasjon til alle gjennom en programmatisk vaksinasjon av hele befolkningen eller store deler av den, for eksempel ved vaksinasjon av en årsklasse av gangen. Slike tiltak kunne omfatte én vaksine, men mer interessant er det å spore når vaksinasjonstiltakene i større grad ble samlet til et program for basisvaksinasjon av barn.

I ettertid har det såkalte *Barnevaksinasjonsprogrammet* fått sin begynnelse plassert i 1950-årene. Historiker Aina Schiøtz plasserer *de store vaksinasjonsprogrammene* til tiden som fulgte etter vaksinasjonsloven av 1954.¹⁶⁹ Nasjonalt folkehelseinstitutt har knyttet *Barnevaksinasjonsprogrammet* til innføringen av trippelvaksinen i 1952.¹⁷⁰ Disse fremstillingene gir et tvetydig bilde. Er det snakk om *programmer* i flertall, slik Schiøtz har fremstilt det, eller *ett program*, slik vaksinasjonsarbeidet opp mot vår egen tid har blitt forstått? For å kunne antyde noen svar er det for det første nødvendig å vurdere om vilkårene for et samlet vaksinasjonsprogram var til stede i 1950-årene. For det andre er det nødvendig å undersøke hvilke begreper og oppfatninger som var vanlige i perioden. Jeg vil her problematisere disse fremstillingene ved for det første å undersøke hvorvidt vilkårene for et samlet vaksinasjonsprogram var til stede i 1950-årene, og for det andre når og hvordan aktørene selv begynner å omtale arbeidet sitt som et program.

Kombinasjonsvaksinene mot difteri, stivkrampe og kikhoste – frivillig grunnvaksinasjon

Den såkalte trippelvaksinen kombinerte beskyttelse mot tre sykdommer i ett - difteri, tetanus¹⁷¹ og kikhoste, og ble tatt i bruk, trolig gradvis fra begynnelsen av 1950-årene.¹⁷²

¹⁶⁹ Schiøtz 2003: 422

¹⁷⁰ *Vaksinasjonsboka. Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell* 2006: 30

¹⁷¹ Tetanus = stivkrampe.

Samtidig fortsatte bruken av enkeltvaksiner mot disse sykdommene, i tillegg ble duovaksine mot difteri og stivkrampe også tilgjengelig. Kombinasjonsvaksinene som trippelvaksinen ble aldri gjenstand for påbud, verken gjennom egen lovgivning eller i form av ekstraordinære påbud under Lov om vaksinasjon av 1954, ei heller med hjemmel i Midlertidig lov om vaksinasjon fra 1940 som hadde blitt tatt i bruk igjen etter krigen. Stivkrampevaksinasjon ble imidlertid omfattet av påbud for militært personell etter 1955, men stivkrampevaksinen forble frivillig for befolkningen forøvrig.¹⁷³ Generelt ville vaksiner rettet mot én sykdom lettere kunne tas i bruk mot konkrete sykdomsutbrudd. Kombinasjonsvaksiner som beskyttet mot flere sykdommer samtidig var mindre egnet til å møte et bestemt epidemisk utbrudd.

Bakgrunnen for at nye vaksiner ble introdusert i 1950-årene var den biomedisinske, vitenskapelige utviklingen som hadde gjort vaksinasjon til en mulighet i forebyggelsen av flere sykdommer enn tidligere. Fra slutten av 1940-årene og gjennom 1950-årene ble nye kombinasjonsvaksiner stadig diskutert i faglige sammenhenger, i Norge særlig i *Tidsskriftet*. Hvilke argumenter i den medisinsk-faglige diskusjonen tok til orde for større utbredelse av trippelvaksinen og tetanusvaksine i perioden fra 1947 til 1958?

I *Tidsskriftets* lederartikkel “Tetanus” fra april 1947 ble det argumentert for mer omfattende bruk av tetanusvaksine, også utenom krigstid.¹⁷⁴ Fordi hvert tilfelle ble forbundet med stor uhygge, og fordi dødeligheten lå rundt 50 % selv med serumbehandling argumenterte lederen for at “alt må gjøres for å forebygge denne sykdom”. Erfaring med vaksinasjon så langt hadde vist at immuniteten mot “de sterke giftdannere”, difteri- og tetanus-basillen, var spesielt sterk. Lederen konkluderte at “Den effektive tetanusprofylakse er nå en av den forebyggende medisins store triumfer.” Derfor måtte det “tas opp til alvorlig drøftelse om den ikke, også hos oss, kunne fortjene større utbredelse i fredstid.” Tetanus ble oppfattet som en uhyggelig og svært dødelig sykdom som vanskelig kunne behandles, men enkelt forebygges med bruk av vaksine.

I *Tidsskriftets* lederartikkel fra oktober samme år, ble kikhoste omtalt som “en av de farligste barnesykdommer”, særlig for de yngste med opp mot 40 % dødelighet i de 3 første levemåneder, og over 20 % dødelighet før 2-årsalderen, i tillegg til varige skader og invaliditet for overlevende. Lederen viser til at nye vaksiner var blitt mer effektive enn

¹⁷² I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt ble trippelvaksinen introdusert i 1952, men i mine kilder finner jeg få referanser til trippelvaksinen i 1950-årene, både i Hygienekontorets arkiv, *Tidsskriftet* og aviser. Det gir grunn til å problematisere når trippelvaksinering ble tatt i bruk, antagelig var bruken den første tiden mindre konsekvent enn det senere har blitt antydnet.

¹⁷³ Ot. prp. nr. 42 (1960-1961): 1

¹⁷⁴ *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 1947: 206-207

tidligere forsøk, men advarer forsiktig mot vaksiner som kombinerte immunisering mot difteri og tetanus fordi komplikasjoner så ut til å være vanligere med slike kombinerte vaksiner.¹⁷⁵ I 1947 var det altså ulike meninger om kombinasjonsvaksinenes nytte og fremtidige bruk. Betydningen av å beskytte de yngste barna med vaksiner var imidlertid klar – det var de yngste aldersgruppene som var mest utsatt for alvorlige skader eller død som følge av kikhoste. Vaksinasjon før fylte 6 måneder ble vurdert å være rasjonelt på bakgrunn av nye undersøkelser som tydet på høy antistoffdannelse også før denne alder, men det ble advart mot å vaksinere nyfødte barn grunnet enkelte dødsfall.¹⁷⁶ Begge poengene ville være vektige for praktiseringen av vaksinasjonstiltak som tok sikte på å beskytte de yngste barna.

I artikkelen “Nye framsteg i kjennskapet til de smittsomme barnesykdommer” i *Tidsskriftet* fra 1949 tegnet Per Hanssen ved Ullevål Sykehus opp status for de vanlige barnesykdommer med henblikk på utbredelse, behandling og forebygging.¹⁷⁷ Med bakgrunn i nye forsøk med kikhostevaksine til spebarn argumenterte Hanssen for kikhostevaksinasjon ved 6 månedersalderen, som ga “betydelig aktiv immunitet”. Han viste til at en rekke forskere hadde gått inn for kombinert kikhoste og difterivaksinasjon. Når difteri de seneste årene hadde gått kraftig tilbake var det usikkert om det skyldtes naturlige svingninger eller vaksinens utbredelse, men fordi en i utlandet hadde klart å beherske klinisk difteri ved hjelp av vaksinasjon mente Hansen at en i Norge hadde “all grunn til å fortsette og utvide krigsårenes difterivaksinasjon, så vi ikke en gang til får en stor difteriepidemi i Norge”. Krigstidens vaksinasjon mot difteri hadde blitt gjennomført, dels under påbud og dels frivillig. Hanssen tok imidlertid ikke stilling til hvordan vaksinasjon mot difteri skulle organiseres ut over å argumentere for fortsatt utbredt bruk, eller hvorvidt en også burde beskytte mot tetanus ved å ta i bruk trippelvaksine – tetanus ble ikke regnet som en barnesykdom, ei heller var stivkrampe smittsomt.

Lederartikkelen “diftermortalitet – difterivaksinasjon” i *Tidsskriftet* fra 1950 tok til orde for mer omfattende difterivaksinasjon av alle barn.¹⁷⁸ Fordi det fortsatt forekom dødsfall av difteri reiste artikkelen spørsmålet om hvorvidt vaksinasjon ble brukt i tilstrekkelig utstrekning, og lanserte flere argumenter for difterivaksinasjon. For det første var det “hevet over tvil at difterivaksinasjon meget sjelden gir alvorlige komplikasjoner”, dernest viste en til erfaringen fra krigstidens epidemier der ingen “tilstrekkelig vaksinert” pasient hadde dødd av difteri i Oslo og København. Artikkelen viste til at skolebarna hadde blitt vaksinert i

¹⁷⁵ Tidsskrift for den Norske lægeforening, 1947: 524-525

¹⁷⁶ Tidsskrift for den Norske lægeforening, 1947: 525

¹⁷⁷ Tidsskrift for den Norske lægeforening, 1949: 224-226

¹⁷⁸ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1950: 19

krigsårene, og fordi en hadde fortsatt med dette i stor utstrekning hadde difteri blant disse barna blitt meget sjeldent. Dette ble brukt til å argumentere for videre utstrakt difterivaksinasjon mot barn:

Alle de foretatte undersøkelser viser at man må fortsette og utvide difterivaksinasjonen til å omfatte alle skolebarn. Av enda større viktighet er det at vi snarest mulig får en ordning så difterivaksinasjonen begynner i 6-9 måneders alderen og at denne omfatter *alle* barn. Bare på den måten kan man unngå de difteridødsfall en fremdeles har blant småbarn og som ikke kan unngås på annen måte. Når alle skolebarn og alle småbarn er difterivaksinert vil voksne sjelden få difteri, og man kan dessuten sikre seg at difteri ikke lenger kan opptre epidemisk i Norge. Gjennomførselen av denne utstrakte difterivaksinasjon er i dag en viktig hygienisk oppgave.

Her synes et klart program for difterivaksinasjon rettet mot barn å være formulert, på lederplass i *Tidsskriftet* i 1950. Den foreslåtte målgruppen var todelt – for det første en fortsatt utstrakt vaksinasjon av skolebarn som bygde på tiltakene som hadde blitt iverksatt i møte med krigsårenes epidemier, for det andre et program for spebarn i 6-9 måneders alder. Lederen tok riktignok ikke stilling til hvorvidt trippelvaksinen burde tas i bruk mot difteri. I referatet *difterivaksinasjon av skolebarn i Bergen* ble det opplyst at vaksinasjon mot difteri blant skolebarna hadde startet i 1942-1943, og hadde blitt fortsatt siden slik at de fleste barn ble vaksinert ved begynnelsen av 1. klasse på folkeskolen.¹⁷⁹ I Bergen hadde forsøkene med difterivaksinering av skolebarn blitt videreført, og nå ble det trukket fram som et eksempel til etterfølgelse. Kombinert med spebarnsvaksinering kunne difteriepidemier og dødsfall blant småbarn forhindres.

Vaksinasjon mot de tre sykdommene, difteri, kikhoste og tetanus ble gitt som enkeltvaksiner, og hadde blitt tilgjengelig i duo- og trippelvaksine fra tidlig i 1950-årene. Den epidemiologiske situasjon bidro imidlertid til å hindre en systematisk vaksinasjon mot difteri og kikhoste tidlig i 1950-årene. I *Meddelelsesbladet* fra desember 1951 lot Helsedirektoratet trykke foredraget *Om relasjonen mellom poliomyelitt og parenterale injeksjoner* av Fredrik Mellbye, holdt ved Norsk Hygienisk Forenings årsmøte 10. november 1951. Her viste Mellbye til engelske og australske erfaringer som tydet på at inokulasjon mot difteri og kikhoste kunne provosere lammelser under en polioepidemi.¹⁸⁰ Et nylig utsendt rundskriv fra

¹⁷⁹ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1950: 456

¹⁸⁰ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet desember 1951, nr. 2: 3

helsedirektøren anbefalte å unngå massevaksinasjon mot difteri og kikhoste ved polioepidemier så lenge en ikke kunne avkrefte en slik sammenheng under norske forhold. Mellbye argumenterte for at denne forholdsregel måtte veies opp mot risikoen for difteriutbrudd, slik at en unngikk nye difteriepidemier.¹⁸¹ I *ad poliomyelitt* rådet Helsedirektøren at:

massevaksinasjon mot difteri og kikhoste inntil videre ikke utføres i et distrikt når det opptrer en poliomyelittepidemi der, dvs. når antallet av tilfelle i distriktet er større enn normalt svarende til årstiden. Utsettelse av difterivaksinasjoner bør imidlertid ikke finne sted hvis dette innebærer fare for at en difteriepidemi kan opptre eller bre seg.¹⁸²

Dilemmaet sentrale og lokale helsemyndigheter stod overfor lå i at både difteri og poliomyelitt gjorde seg gjeldende i perioden. Avgjørelsen om å sette i gang difterivaksinasjon, på tross av faren det eventuelt utgjorde for dem som samtidig ble rammet av polio, måtte være skjønnbasert. I forbindelse med utbruddet i Gudbrandsdalen hadde voksne i Sel og Heidal også blitt omfattet av påbud i april 1951.¹⁸³ 13. oktober samme år meldte Aftenposten at Oppland fylke hadde fått innvilget tvungen vaksinasjon mot difteri. I følge overlege Mellbye var bakgrunnen for tiltaket oppdagelsen av “friske basillebærere”, personer som kunne smitte andre men uten at de selv hadde blitt syke. Foreløpig var det ikke aktuelt med utvidet påbud for hele landet, men skolebarn i Oslo, Bergen og Trondheim ble vaksinert under påbud, kunne Mellbye meddele.¹⁸⁴

I Oslo kunne helseinspektør dr. Sundt fra Oslos helseråd i Aftenposten 26. november opplyse at vaksinasjonen mot kikhoste og difteri hadde blitt midlertidig stanset i distriktet, men at en der regnet med å gjenoppta vaksinasjonen etter nyttår, da epidemiene av poliomyelitt vanligvis pleide å ebbe ut. Videre kommenterte Sundt utbruddet av difteri i Oppland fylke, der en altså hadde sett seg nødt til å påby difterivaksinasjon:

meg bekjent er det under massevaksinasjonen mot difteri i høst i f. eks. Gudbrandsdalen ikke konstatert et eneste tilfelle av poliomyelittisk lammelse som kan føres tilbake til vaksinasjonen, enda det også har vært spredte tilfelle av poliomyelitt i distriktet.¹⁸⁵

¹⁸¹ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet desember 1951, nr. 2: 5

¹⁸² Meddelelsesbladet for Helsedirektoratet desember 1951, nr. 2: 11

¹⁸³ Aftenposten 20. april 1951, ”Difteriepidemien i Gudbrandsdalen”

¹⁸⁴ Aftenposten 13. oktober 1951, ”Tvungen vaksinasjon mot difteri i Oppland”

¹⁸⁵ Aftenposten 26. november 1951, ”Poliomyelitt og difterivaksine. Helseinspektør O. Sundt uttaler seg i Aftenposten”

Dette viser at de lokale helserådene fulgte opp de retningslinjene som Helsedirektoratet la til grunn. Vaksinerelatert poliomyelitt skulle unngås ved å stanse vaksinasjon mot kikhoste og difteri, men dersom difteri brøt ut måtte dette hensynet vike.

Epidemiutbrudd kunne slik hindre en mer rutinemessig vaksinasjon i perioden. Om utbrudd av polio begrenset eller bare forskjøv den vanlige vaksinerings mot difteri og kikhoste er imidlertid vanskelig å si noe sikkert om. Trolig kunne vaksinasjonen som hadde blitt avbrutt av sykdomsutbrudd tas igjen senere. Imidlertid innebar utbruddene av difteri med påfølgende vaksinasjonsforbud antagelig at deler av befolkningen ble vaksinert etter et skjema for énkomponentsvaksiner, framfor de ulike kombinasjonsvaksinene. Når påbud om difterivaksinasjon ble gitt, var skolebarn en naturlig målgruppe, særlig i de større byene. Hvilke retningslinjer ble fulgt i den mer rutiniserte vaksinasjonen mot difteri og kikhoste?

I “Difteri og kikhostevaksine, alene eller kombinert ” fra *Tidsskriftet* i 1955 kritiserte H. K. Sandberg helsemyndighetene for mangelfulle retningslinjer når det gjaldt bruk av vaksiner mot kikhoste og difteri, alene eller i kombinasjon.¹⁸⁶ Sandbergs poeng var at det skjema med tidspunkt og vaksinedoser som Statens institutt for Folkehelse anbefalte varierte svært mye, avhengig av hvorvidt vaksinene ble gitt i kombinasjon eller alene.¹⁸⁷ Spørsmålet hadde blitt drøftet på et kurs for offentlige leger året før, der det også hadde blitt pekt på de inkonsekvente anbefalingene. Som særlig kritisk pekte Sandberg på at retningslinjene fra Statens Institutt for folkehelse ikke var i overensstemmelse med retningslinjer fra Verdens helseorganisasjons rapport fra 1953¹⁸⁸ I denne rapporten skal det ha blitt pekt på at kikhostekomponenten i kombinasjonsvaksiner kunne ha en svakere virkning enn vaksine gitt alene, og at valget mellom å bruke kikhostevaksine alene eller kombinert burde avgjøres på bakgrunn av lokale forhold. Dersom kikhoste var et stort problem, mens difteri var av mindre betydning, anbefalte rapporten å bruke kikhostevaksinen alene. Sandberg argumenterte videre for at så var tilfelle i Norge, og stilte spørsmål ved hvorvidt det var riktig å bruke kombinert vaksine i en slik situasjon og hvorvidt den norske kikhostevaksinen var god nok. Dette var spørsmål den enkelte lege ikke hadde forutsetninger for å avgjøre, mente Sandberg, derfor var

¹⁸⁶ Tidsskrift for Den norske lægeforening 1955: 690-691

¹⁸⁷ Difterivaksine alene skulle gis med to doser første leveår, først 0,5 ml og etter fire uke 0,1 ml – deretter 0,1 ml etter ett år. Kikhostevaksine alene skulle gis i tre doser med 5-7 dagers mellomrom, 1. dose 0,5 ml, 2. dose 1 ml, og 3. dose 2 ml, men halv dosering til barn under ett år. Kombinert kikhoste- og difterivaksine skulle gis med tre injeksjoner med tre ukers mellomrom, hver dose 0,5 ml, samt en ny dose etter ett år. Barn under 2 år ble anbefalt halv dosering.

¹⁸⁸ “The selection and methods of use of prophylactics against diphteria, tetanus and pertussis”

det nødvendig med klare retningslinjer. Innlegget ble avrundet med å “henstille til Statens overlæge i hygiene å ta disse spørsmål opp.”

En måned senere fikk Sandberg støtte fra Per Hanssen i *Tidsskriftet* i sin etterspørsel etter retningslinjer for vaksinasjon mot difteri og kikhoste. Hansen benytter også anledningen til å spørre helsemyndighetene om hvorvidt en burde kombinere difterivaksinen med tetanusvaksine, slik det var praksis i Danmark. Selv om tetanusdødsfall var sjeldne i Norge argumenterte Hanssen for at dette ville være en fordel.¹⁸⁹ I Helsedirektoratets svar ble det kort informert at “retningslinjer for bruk av difteri-, kikhoste-, tetanusvaksine, enkeltvis og kombinert, vil bli etterkommet så snart som mulig”.¹⁹⁰

I første halvdel av 1950-årene manglet det klare retningslinjer for når de ulike vaksinasjonsalternativene skulle benyttes. Det kan bety at praksis blant offentlige leger og andre leger som arbeidet med vaksinasjon varierte, slik at de vaksinerte barna etter ulike skjema. Kombinasjonsvaksiner ble diskutert og brukt i perioden, men konsekvent vaksinasjon med trippelvaksine finnes det ikke belegg for i perioden før 1955. Trippelvaksinen har jeg ikke funnet omtalt i første halvdel av 1950-årene. Først i 1956 dukker trippelvaksinen opp i kildene, da i forbindelse med at helsemyndighetene hadde sikret bevilgninger til gratis trippelvaksinasjon ved landets helsestasjoner.¹⁹¹

Difterivaksinasjon hadde vært påbudt under krigen da nye epidemier brøt ut, etter at sykdommen lenge hadde vært lite utbredt. Nytt påbud ble iverksatt også etter krigen, i 1946 og i 1951. Iverksettelse av slike ekstraordinære påbud var en virkemiddel helsemyndighetene tok i bruk i 1950-årene, når det ble ansett å være nødvendig for å hindre epidemisutbrudd og spredning. Blant annet hadde vaksinasjon blitt påbudt i Oppland fylke i 1951, samtidig hadde vaksinasjon av skolebarn vært obligatorisk i Bergen, Oslo og Trondheim. Også senere i 1950-årene skulle slik påbudt difterivaksinasjon bli aktuelt. I et brev datert 7. februar 1958 skrev Mellbye at:

påbudt difterivaksinering av barn for tiden er gjeldende i Oppland, Hedmark og Finnmark fylke samt i alle de større byer i landet. I tillegg til denne obligatoriske vaksinering,

¹⁸⁹ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1955: 761

¹⁹⁰ Tidsskrift for den norske lægeforening, 1955: 833

¹⁹¹ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet oktober 1957, nr. 1: 10 “Det årlige møte av landets fylkesleger og stadsfysici i Oslo 19. November 1956. Utdrag av Helsedirektørens åpningstale.”

gjennomføres også difterivaksinasjon i utstrakt grad på frivillig basis, og da oftest med trippelvaksine.¹⁹²

Samtidig erkjente Mellbye at en ikke hadde sikre opplysninger om hvor mange som ble omfattet av difterivaksinasjonen, verken ved frivillig eller påbudt vaksinasjon.¹⁹³ I 1950-årenes vaksinasjonsarbeid var det et visst overlapp mellom bruk av enkeltvaksiner og kombinasjonsvaksinene, blant annet på grunn av de tilbakevendende difteriutbruddene myndighetene valgte å møte med vaksinasjonspåbud. Når det gjaldt den frivillige, rutinemessige vaksinasjon som stort sett foregikk på helsestasjonene hadde imidlertid trippelvaksinen blitt den foretrukne kombinasjonsvaksinen mot slutten av 1950-årene, denne vaksinasjonen var også blitt gratis.

Lege Martin Seip skrev i *Tidsskriftet* i 1958 om hjernekomplikasjoner ved kikhoste- og trippelvaksine. Da hadde trippelvaksinen vært i bruk i tilstrekkelig tid til å vurdere erfaringene fra trippelvaksinasjon. Sett i forhold til den store utstrekning trippelvaksinen hadde fått i 1958 la han til grunn at komplikasjonene var “meget sjeldne”, og at trippelvaksinen var tryggere en tidligere kikhostevaksiner hadde vært:

kikhoste er fremdeles en fryktet sykdom med ikke ubetydelig mortalitet, særlig i første leveår. De alvorlige cerebrale komplikasjoner ved vaksinerer er så sjeldne at det er all grunn til å fortsette denne profylakse, iallfall i byer og tettbygde strøk, hvor kikhoste forekommer nesten til stadighet. Man bør da fortrinnsvis bruke trippelvaksine, som synes å gi noe mindre risiko for komplikasjoner¹⁹⁴

I *Tidsskriftets* lederartikkel 1. desember 1958 ble det argumentert for å bruke trippelvaksine mot stivkrampe “allerede i barnealderen”.¹⁹⁵ “Det bør inngå som del av ethvert immuniseringsprogram.” Lederen antydte et slikt program ved å slå fast at tre injeksjoner gir full beskyttelse mot stivkrampe, gitt en oppfriskningsdose hvert femte år. Betydningen av å bruke kombinasjonsvaksiner i større utstrekning enn tidligere hadde blitt aktualisert fra slutten av 1950-årene. I et intervju i Aftenposten 30. Juli 1960 uttalte Mellbye:

¹⁹² Fredrik Mellbyes svarbrev til A/S Apothekernes Laboratorium for specialpreparater, datert 7. Februar 1958 (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 82, Mappe P.9.1.9. “Erfaringene med Salk-vaksinen 1955-60”)

¹⁹³ Fredrik Mellbyes svarbrev til A/S Apothekernes Laboratorium for specialpreparater, datert 7. Februar 1958 (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 82, Mappe P.9.1.9. “Erfaringene med Salk-vaksinen 1955-60”)

¹⁹⁴ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1958: 508-509

¹⁹⁵ Tidsskrift for Den Norske lægeforening, 1958: 1184

Det er i praksis en fordel å få redusert antallet av injeksjoner for vaksiner man gir barna. I Norge – og flere andre land – bruker man nu en “trippel-vaksine” for difteri, stivkrampe og kikhoste – og det er da også naturlig å prøve å lage en blandingsvaksine for disse tre akutte sykdomstilfelle sammen med poliovaksinen.¹⁹⁶

En slik kvadruppelvaksine hadde nå blitt utviklet. Imidlertid la Helsedirektoratet til grunn at den ideelle alder for poliovaksinasjon var ved 6-7 måneders alder. Fordi det først og fremst var spebarna som ble alvorligst rammet av kikhoste, ble vaksinasjon mot kikhoste påbegynt i 2-3 måneders alderen. Derfor argumenterte Mellbye for at en foreløpig ikke ville ta i bruk denne nye vaksinen i Norge.¹⁹⁷

Vaksinasjon mot difteri, kikhoste og stivkrampe i 1950-årene ble søkt gjennomført på ulike måter. Difterivaksine ble gjenstand for påbud flere ganger gjennom tiåret, blant annet i 1951 og 1958, som et tiltak for å stanse konkrete difteriutbrudd. Disse påbudene kunne ha ulike målgrupper; i byene ble skolebarna en naturlig målgruppe, men påbudene kunne også rette seg mot voksne. Skolebarna hadde vært målgruppe for slik vaksinasjon også under krigen. Stivkrampe var ingen smittsom sykdom, og det ble ikke aktuelt å påby vaksinasjon mot stivkrampe for befolkningen utover påbud for militært personell. Likevel ble det argumentert for at vaksinasjon mot stivkrampe ville være en fordel, fordi sykdommen var alvorlig og vanskelig å behandle. Heller ikke kikhostevaksinen skulle det bli aktuelt å gjøre påbudt. I perioden ble det argumentert for at kikhoste var en svært alvorlig og vanlig barnesykdom, og det ble først og fremst et spørsmål om å unngå dødsfall blant de yngste barna. Énkomponentsvaksiner var tilgjengelig for alle de tre sykdommene, men ulike kombinasjonsvaksiner ble tatt i bruk i perioden. Bruk av kombinasjonsvaksiner var hensiktsmessig ut fra praktiske betraktninger. I siste halvdel av 1950-årene ble trippelvaksinen den foretrukne kombinasjonsvaksinen mot kikhoste og difteri. Erfaringer tydet nå på at komplikasjonsfaren var lavere ved bruk av slik vaksine i forhold til alternativene, i motsetning til det som hadde blitt antydnet i *Tidsskriftet* i 1947. I 1956 hadde myndighetene bevilget penger slik at trippelvaksinering kunne gis gratis ved landets helsestasjoner. Myndighetenes tilnærming i bekjempelsen av difteri fulgte forøvrig flere linjer i 1950-årene. Vaksinasjon mot difteri ble gjennomført under ekstraordinære påbud gjennom tiåret, senest i 1958. Ved inngangen til 1960-årene var trippelvaksinen imidlertid en naturlig

¹⁹⁶ Aftenposten 30. juli 1960

¹⁹⁷ Aftenposten 30. juli 1960

del av et stående vaksinasjonstilbud mot kikhoste, difteri og tetanus, som primært hadde spebarn som uttalt målgruppe.

Poliovaksinasjon: Endelig “et middel i hende”

Poliomyelitt forårsakes av et virus som angriper nervesystemet i ryggmargen og hjernen. De første symptomene er kvalme, slapphet, hodepine og feber, deretter lammelser. I Norge gjorde større polioepidemier seg gjeldende fra begynnelsen av 1900-tallet, men de verste epidemiene skulle komme i perioden 1950-1954.¹⁹⁸ Fra tiden rundt 1900 forandret sykdommen tydelig karakter, i sammenfall med omfattende endringer i menneskenes levekår.¹⁹⁹ I motsetning til en del andre infeksjonssykdommer ble polio en langt mer alvorlig sykdom når folks hygieniske forhold forbedret seg, på tross av at smitten spredtes gjennom avføring. Forklaringen var at bedre hygiene hindret smitte i den yngste barnealder slik at immunitet ikke oppstod. Smittestoffets miljø forandret seg slik at sykdommen kunne ramme eldre barn og voksne som manglet immunitet.²⁰⁰

Polioens siste store herjinger i Norge kom i første halvdel av 1950-årene. I perioden 1950-1954 ble 4185 tilfeller av paralytisk polio registrert, 523 personer døde. Hvert år ble en ny landsdel rammet, men mindre utbrudd gjorde seg gjeldende i hele landet.²⁰¹ Samtidig som polio forekom hyppigere enn før, forskjøv sykkeligheten seg mot eldre årsklasser som ble sykere enn de yngre gruppene. Under epidemien i Nord-Trøndelag i 1950 var dødeligheten for barn under 10 år 9 %, for personer over 30 år var dødeligheten 26 %. Både rent kapasitetsmessig og behandlingsmessig skapte polioepidemien store utfordringer for helsevesenet.²⁰² Epidemitoppen kom i 1951, med rundt 2200 tilfeller, 1600 av dem med lammelser.²⁰³

På grunn av polioens herjinger og karakter i 1940- og 50-årene knyttet det seg store forventninger til utviklingen av en vaksine som kunne forebygge sykdommen. Den amerikanske legen Jonas Salk utviklet en såkalt inaktivert vaksine. Etter at vaksinen var testet i mindre forsøk ble det satt i gang omfattende utprøving av vaksinen blant 1,8 millioner amerikanske barn i månedene mars til juni 1954. Når resultatene ble publisert den 12. april

¹⁹⁸ Schiøtz 2003: 400

¹⁹⁹ Bjørn Lobben 2001: 18-19

²⁰⁰ Schiøtz 2003: 401

²⁰¹ Schiøtz 2003: 387

²⁰² Lobben 2001: 92

²⁰³ Sigmund Aasen 1995 i Lobben 2001: 102

1955 viste det seg at vaksinen ga en viss immunitet.²⁰⁴ Fra norske helsemyndigheters side ble spørsmålet hvor raskt import av vaksine kunne organiseres slik at vaksinasjon kunne settes inn mot neste epidemiutbrudd.

Hvordan vurderte helsemyndighetene valg av virkemidler da vaksine mot polio skulle innføres? Hvilke virkemidler ble valgt, og hva lå til grunn for valg av virkemidler? Da poliovaksinasjon skulle importeres til Norge i 1955 ble det bestemt at vaksinasjon skulle være frivillig.²⁰⁵ Med det la myndighetene på hyllen et av verktøyene vaksinasjonslovgivningen åpnet for, ekstraordinært vaksinasjonspåbud. Tidlig i 1955 hadde Helsedirektoratet arbeidet for å få importert Salks-vaksine fra USA for å kunne starte vaksinasjon i mai, men forsøket strandet da det viste seg at amerikanerne ikke kunne levere vaksinen.²⁰⁶ Vaksinasjonen kom i gang høsten 1956 da vaksinen kunne leveres fra amerikanerne. 4. oktober landet det første flyet med amerikansk vaksine på Fornebu.²⁰⁷

Året etter roste Evang ansatte i helsevesenet for en formidabel innsats med gjennomføring av poliovaksinasjon. Han nevnte også publikums ”good-will” og bevilgende myndigheters interesse som ville gjøre det mulig å vaksinere en ”meget stor del av befolkningen under 40 år”.²⁰⁸ Evangs beskrivelse kan gi inntrykk av at arbeidet for å få vaksinert mot polio var en nasjonal dugnad der alle var innstilt på å bidra.

Vissheten om at vi nå endelig hadde fått et middel i hende mot sykdommen, var så stor hos helsemyndighetene og frykten så stor hos befolkningen og politikerne, at det på det tidspunkt ikke voldt noen vanskelighet for Helsedirektøren på meget kort tid å få det ganske betydelige beløp som trengtes til innkjøp av vaksine.²⁰⁹

Slik oppsummerte Evang stemningen i 1950-årene to tiår senere, i 1974. At en nå endelig hadde et effektivt middel mot polio i en situasjon hvor frykt for smitte i befolkningen og blant politikerne var utbredt kan bidra til å forklare at vaksinen ble gitt på frivillig basis. De store epidemiene i 1950-årene gjorde sitt for å forme opinionen, og vanskelighetene samfunnet

²⁰⁴ Lobben 2001: 193

²⁰⁵ Innst. S. nr. 54 *Tilråding frå sosialnemda om løyving til vaksinasjon mot poliomyelitt* (St. prp. nr. 60 - 1955): 1

²⁰⁶ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet september 1956, nr. 1: 6-7 Fra Helsedirektørens åpning av det årlige møte av landets fylkesleger og stadsfysici, i Oslo den 10. og 11. november 1955

²⁰⁷ Lobben 2001: 194

²⁰⁸ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet oktober 1957, nr. 1: 9-10 “Det årlige møte av landets fylkesleger og stadsfysici i Oslo 19. november 1956. Utdrag av Helsedirektørens åpningstale”

²⁰⁹ Evang 1974: 90

hadde med å håndtere utbruddene, både rent kapasitetsmessig og behandlingsmessig på sykehusene bidro til å gjøre effektive forebyggende tiltak kjærkomne.

25. april 1955 ble *Tilråding frå sosialnemda om løyving til vaksinasjon mot poliomyelitt* behandlet i Stortinget.²¹⁰ Ordfører og formann av sosialnemden, Bondevik, argumenterte for at det hastet å få iverksatt tiltak fordi det ville ta tid å få administrert to doser vaksine som var påkrevd for å oppnå den ønskede immunitet. Innstillingen la til grunn at vaksinen skulle være frivillig for alle og gratis for barn i folkeskolen. Ingen motforestillinger mot forslaget ble fremmet, med unntak av enkelte representanters argumenter for at også voksne burde tilbys gratis vaksine.²¹¹

Påbud ble ikke diskutert i Stortinget i forbindelse med bevilgninger til poliovaksinasjon, men det ble poengtert at vaksinen skulle være frivillig. I konteksten av debatten omkring Lov om vaksinasjon bare noen måneder tidligere er det påfallende at påbud ikke nevnes eksplisitt. Fordi saken hastet hadde det ikke blitt satt av tid til en lengre diskusjon i Stortinget, men hva med vurderingene som lå til grunn for forslaget? I Hygienekontorets P.M. til statsråden fra 14. mars 1955, ført i pennen av Fredrik Mellbye, ble argumentene bak proposisjonen presentert:

Finansieringen av vaksinasjonen vil bl.a. avhenge av om vaksinasjonen skal gjøre (sic) obligatorisk eller ikke, idet bruken av vaksinasjonsloven automatisk medfører at staten må bære *vesentlige utgifter*. Uansett virkningen av vaksinen, vil imidlertid et offentlig påbud om vaksinasjon neppe være påkrevet. Det må antas at befolkningen vil være så interessert i å søke forebygget poliomyelitt, at *den maksimale oppslutning om vaksinasjonen for tiden kan ventes oppnådd uten påbud*.²¹² (forfatterens utheving)

Argumentasjonen fra Helsedirektoratets Hygienekontor presenterte statsråden for to argumenter for poliovaksinasjon på frivillig basis. For det første ville påbud i tråd med gjeldende lov innebære kostnader for staten. For det andre ble befolkningens interesse antatt å være så stor at påbud ikke ville være nødvendig for maksimal oppslutning. En tredje begrunnelse kan tenkes, nemlig at bruk av påbud potensielt kunne ha en politisk kostnad. Forslaget ble presentert i Stortinget et halvt år etter at Lov om vaksinasjon ble vedtatt etter store diskusjoner. Vaksinasjon på frivillig basis ble presentert som det rimeligste og mest formålstjenlige alternativet, og bevilgninger ble gitt.

²¹⁰ Innst. S. nr. 54 (1955)

²¹¹ Innst. S nr. 54 (1955): 1005-1006

²¹² P.M. til Statsråden, "Poliomyelittvaksine", datert 14. mars 1955 (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 82, Mappe P.91 "Poliovaksinasjon. Utlandet. Møter etc.")

Hygienekontorets P.M. til statsråden presenterte også argumenter for at den primære målgruppen i første omgang skulle være barn i folkeskolealder, og det ble oppgitt tre begrunnelser av praktisk og medisinsk art. Først ville det av praktiske hensyn være enklere å massevaksinere skolebarna da de allerede ville være samlet på ett sted. Dernest var det slik at polio var mest utbredt blant småbarn og barn i folkeskolealder, samt at barn i skolealder ble antatt å være viktige smittespredere.²¹³ Unntak fra denne begrensningen omfattet utsatte yrkesgrupper slik som leger og annet helsepersonell, som også ville få gratis vaksine.²¹⁴ Hygienekontoret gikk inn for at vaksine burde være gratis for alle under 20 år. Imidlertid antok Hygienekontoret at prisen ville ha sunket innen tilgangen på vaksine ville tillate også eldre grupper å motta vaksinasjon. Når tilgangen på vaksine i den første tiden var begrenset og til en hver tid avhengig av produksjon fra andre land måtte helsemyndighetene prioritere den gruppen hvor tiltaket ble antatt å ha størst forebyggende effekt - skolebarna. I norsk sammenheng finnes en sterk tradisjon for å prioritere nettopp denne gruppen i folkehelsearbeidet, særlig fra mellomkrigstiden. I tuberkulosearbeidet fikk barn, og særlig skolebarn, økt oppmerksomhet fra 1920-årene.²¹⁵ Oslo-frokosten ble tilbudt de mest trengende elevene fra 1926, fra 1935 til alle barn i Oslo-skolen, og lignende ordninger ble utbredt flere steder.²¹⁶

Gjennom den vaksinasjonsplan som ble lagt opp for folkeskolebarna fikk de offentlige leger og helsesøstre vaksinert rundt 500 000 med to vaksinedoser i perioden oktober-desember 1956.²¹⁷ Fra høsten 1957 ble gratis vaksinasjon for barn i alderen 1-2 år gitt gratis ved statsbevilgning, en rekke andre steder ble vaksinasjon gjort gratis også for eldre barn gjennom lokale økonomiske tiltak. Enkelte steder måtte foreldre betale for vaksinasjon av barn mellom 4-6 år, men aldersgruppen 7-14 år ble tilbudt gratis vaksinasjon som elever i folkeskolen.²¹⁸

Helsedirektoratet tok i bruk ulike pedagogiske midler for å sikre høyest mulig oppslutning om poliovaksinen. Våren 1957 ble plakater trykket og distribuert, og informasjon

²¹³ P.M. til Statsråden, "Poliomyelittvaksine", datert 14. mars 1955 (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 82, Mappe P.91 "Poliovaksinasjon. Utlandet. Møter etc.")

²¹⁴ .M. til Statsråden, "Poliomyelittvaksine", datert 14. mars 1955 (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 82, Mappe P.91 "Poliovaksinasjon. Utlandet. Møter etc.")

²¹⁵ Ryymän 2009: 131

²¹⁶ Schiøtz 2003: 253-254

²¹⁷ *Vaksinasjonen mot poliomyelitt i Norge 1956-58. En vurdering av vaksinasjonens profylaktiske virkning: 7*. Utarbeidet av Fredrik Mellbye (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 82, Mappe P. 9.1.9. "Erfaringene med Salk-vaksinen 1955-60")

²¹⁸ *Vaksinasjonen mot poliomyelitt i Norge 1956-58. En vurdering av vaksinasjonens profylaktiske virkning: 27-29*. Utarbeidet av Fredrik Mellbye (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 82, Mappe P. 9.1.9. "Erfaringene med Salk-vaksinen 1955-60")

ble spredt via NRK.²¹⁹ Slike tiltak oppfordret befolkningen til å gjennomgå vaksinasjon. Samtidig søkte helsemyndighetene å samle egne erfaringer om bruken av Salk-vaksinen for å eventuelt kunne tilpasse vaksinasjonspolitikken. Fredrik Mellbye utarbeidet en vurdering av vaksinens virkning, som ble distribuert i 4400 kopier som et bilag til *Tidsskriftet*.²²⁰ Kunnskapen skulle danne et sikrere grunnlag for videre vaksinasjon, men ved å offentliggjøre rapporten gjennom *Tidsskriftet* sørget en samtidig for at landets leger ble informert om poliovaksinens forebyggende effekt. I rapporten, som ble publisert sommeren 1959, ble opplysninger fra epidemien i 1958 brukt til å vurdere Salk-vaksinens virkning.²²¹ Først nå hadde helsemyndighetene tilstrekkelig førstehåndskunnskap om vaksinens effekt slik den var brukt i Norge.

I evalueringen kunne Mellbye fastslå “at vaksinasjonen har hatt en profylaktisk effekt, og at denne gjør seg gjeldende i stigende grad etter hvor mange vaksineinjeksjoner som er gitt.”²²² I analysen ble det beregnet at tre doser vaksine ga 80 % beskyttelse, det vil si at polioforekomsten blant tredjegangs vaksinerte barn var ca en femdel av hyppigheten blant uvaksinerte eller de som kun hadde fått én dose. Disse funnene var i tråd med tilsvarende undersøkelser fra andre land. Videre hadde en ingen holdepunkter for at vaksinen hadde ført til poliotilfelle og komplikasjonsfrekvensen var svært lav.²²³

Hvor lenge immuniteten varte var imidlertid fortsatt uvisst. I rundskriv til landets leger datert 7. juli 1959 ble 4. gangs vaksinasjon tilrådet til alle som fikk sin 3. vaksinedose for 1 ½ år siden eller mer. Her ble også hovedfunnet i Hygienekontorets vurdering av Salk-vaksinen presentert: Tre doser vaksine ga 80 % beskyttelse mot paralytisk polio.²²⁴

Tilbudet om gratis vaksine ved vaksinasjon av småbarn og skolebarn ble videreført. I rundskriv til de offentlige leger våren 1961 opplyste Helsedirektoratet at gratis vaksinedoser ble utlevert ved rekvisisjon til Statens Institutt for Folkehelse, og denne vaksinen kunne

²¹⁹ Lobben 2001: 197

²²⁰ Ref. 4056/59. Brev fra Fredrik Mellbye til statens trykningskontor, datert 24. Juli 1959 (RA. S-1287 S. Dept. H. dir. H5, D 82, mappe P. 9.1.9 “poliovaksinasjon – immunitet diverse”)

²²¹ *Vaksinasjonen mot poliomyelitt i Norge 1956-58. En vurdering av vaksinasjonens profylaktiske virkning*: 7. Utarbeidet av Fredrik Mellbye (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 82, Mappe P. 9.1.9. “Erfaringene med Salk-vaksinen 1955-60”)

²²² *Vaksinasjonen mot poliomyelitt i Norge 1956-58. En vurdering av vaksinasjonens profylaktiske virkning*: 38. Utarbeidet av Fredrik Mellbye (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 82, Mappe P. 9.1.9. “Erfaringene med Salk-vaksinen 1955-60”)

²²³ *Vaksinasjonen mot poliomyelitt i Norge 1956-58. En vurdering av vaksinasjonens profylaktiske virkning*: 48. Utarbeidet av Fredrik Mellbye (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 82, Mappe P. 9.1.9. “Erfaringene med Salk-vaksinen 1955-60”)

²²⁴ J.nr. 3798/59 H.5. Rundskriv nr 50/59 “Poliomyelitt Rundskriv P”, datert 7. juli 1959 (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 82, Mappe P. 9. 1. 9. “erfaringene med Salk-vaksinen 1955-60”)

brukes til 1.-4. gangs vaksinasjon. Samtidig ble de offentlige leger oppfordret til å gjøre sitt beste for å gjennomføre vaksinasjon i hele befolkningen under 40 år.²²⁵

1950-tallets vaksinasjonsprogrammer

Kan vi spore tegn på at vaksinasjonsarbeidet i 1950-årene ble forstått som et samlet program for barn? Obligatorisk BCG-vaksinasjon omfattet fra 1948 14-åringer i folkeskolens avgangsklasse, men andre grupper hadde også blitt prioritert. Difterivaksinasjonen som ble påbegynt i krigsårene, dels under påbud og dels frivillig, ble videreført etter krigen. Ordningen med påbudt koppevaksinasjon for barn under 2 år hadde blitt iverksatt i krigsårene, og ble videreført etter Lov om vaksinasjon av 1954. Både skolebarn og spebarn hadde forøvrig vært prioriterte målgrupper i folkehelsearbeidet allerede i mellomkrigstiden, men nå omfattet arbeidet i økende grad vaksinasjon. Helsemyndighetene kunne slik bygge på eksisterende tradisjoner der spebarn og skolebarn var målgrupper når mulighetene for mer omfattende vaksinasjonstiltak åpnet seg i 1950-årene.

Vaksinasjon med trippelvaksine fra 1952 har blitt fremstilt som starten på Barnevaksinasjonsprogrammet, men utbredelsen av trippelvaksinen var trolig begrenset i første halvdel av 1950-årene. Jeg har ikke funnet trippelvaksinen omtalt før i siste halvdel av 1950-årene. Polioepidemier og difteriutbrudd bidro trolig til å hindre konsekvent vaksinasjon med trippel- og duo-vaksine i 1950-årene. I 1955 hadde legene Sandberg og Hanssen klaget på mangelfulle retningslinjer for bruken av kombinasjonsvaksinene i *Tidsskriftet*, og Hansen foreslo å inkludere tetanus-vaksine i kikhoste- og difterivaksinen. Trippelvaksinering ser derfor ut til å ha vært en mulighet snarere enn en utbredt norm i første halvdel av 1950-årene. I 1956 ble det imidlertid bevilget midler til å tilby gratis trippelvaksine ved landets helsestasjoner, og etter dette ble vaksinen mer allment brukt.

I 1951 hadde Helsedirektoratet rådet landets leger å unngå vaksinasjon mot andre sykdommer under utbrudd av poliomyelitt. Slike forbehold fikk konsekvenser for en normalisert vaksinasjon mot difteri og kikhoste, særlig i første halvdel av 1950-årene, men trolig ble vaksinasjonen bare utsatt noen måneder. Imidlertid ble den frivillige vaksinasjonen periodevis avløst av gjeldende vaksinasjonspåbud gjennom hele tiåret, og ved påbudt vaksinasjon ble enkeltvaksine mot difteri brukt. Slike påbud ble gitt blant annet i 1951 og 1958. Fordi svært ulike tilnærminger ble valgt er det vanskelig å snakke om ett program for barnevaksinasjon, enn si difterivaksinasjon.

²²⁵ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1961: 281

Oppfattet helsemyndighetene sitt eget arbeid med vaksinasjon som et program i denne perioden? Helsedirektør Karl Evangs artikkelen “Om poliomyelitt” fra *Tidsskriftet* i 1958 tok for seg poliovaksinasjon, blant annet ga Evang uttrykk for de metodiske utfordringene med å vurdere vaksinasjonens effekt. Samtidig trakk helsedirektøren

Resultatet av myndighetenes arbeid med å få vaksine til landet ble at Norge var det land utenom USA og Danmark hvor det først ble alminnelig adgang til vaksinasjon mot poliomyelitt, og er det land uten egen produksjon som er nådd lengst i sitt *vaksinasjonsprogram* (min utheving)²²⁶

Slik begrepet ble brukt omfattet programbegrepet kun poliovaksinasjon, og ikke flere vaksiner. Artikkelen handlet utelukkende om poliomyelitt. I *Tidsskriftets* lederartikkel fra desember samme år, ble arbeidet omtalt som et *immuniseringsprogram*. Her ble begrepet brukt mer tvetydig. Det kan forstås som det program lederen anbefaler for trippelvaksinen for barn: tre doser og en oppfriskningsdose hvert 5. år. Samtidig kan det forstås slik at trippelvaksinen inngår i et større immuniseringsprogram som omfatter all vaksinasjon av barn.²²⁷

Hvorfor begynte leger og helsemyndigheter å omtale immuniseringsarbeidet som et program, eventuelt flere programmer, i 1958? I en internasjonal kontekst fremstår 1958 som et viktig år. Den sovjetiske delegaten, professor Viktor Zhdanov presenterte en rapport i Verdens Helseorganisasjon i 1958 der han tok til orde for et program for utryddelse av kopper. Et slikt program hadde ikke blitt til sist spørsmålet hadde vært på agendaen i perioden 1953-1955.²²⁸ Professor Zhdanovs argumenter bygde på at utryddelse av kopper var teoretisk mulig, samt at nasjonale erfaringer hadde vist at det kunne gjennomføres i praksis, men så lenge sykdommen forekom endemisk flere steder måtte de koppefrie landene bruke store ressurser på vaksinasjon og revaksinasjon.²²⁹ I første omgang vedtok den ellefte Helseforsamlingen i 1958 en resolusjon som anbefalte land hvor koppevaksine var obligatorisk å fortsette sine tiltak så lenge sykdommen ikke hadde blitt utryddet.²³⁰ Året etter vedtok den tolvte Helseforsamlingen enstemmig et program for utryddelsen av kopper.²³¹ Påbudt vaksinasjon mot kopper ble videreført i Norge, i tråd med Verdens helseorganisasjons

²²⁶ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1958: 474

²²⁷ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1958: 1184

²²⁸ Fenner, Frank. et al. 1988. *Smallpox and its eradication*: 366

²²⁹ Fenner 1988: 366

²³⁰ Fenner 1988: 368. *Resolusjon WHA11.54*

²³¹ Fenner 1988: 370 *Resolusjon WHA12.54*

oppfordring fra 1958, fram til 1976. Det internasjonale arbeidet for utryddelsen av kopper aktualiserte programmessig vaksinasjon, og skulle demonstrere at smittekampen kunne vinnes dersom tiltakene ble systematisk gjennomført og oppretthold.

I Norge var det også nasjonale utviklingstrekk i 1950-årene som fikk betydning for utviklingen av vaksinasjonsprogrammer. Ikke minst gjaldt det utbyggingen av det apparat som var nødvendig for å gjennomføre en rekke vaksinasjoner i spebarns- og skolealder. Landets offentlige leger var medisinsk ansvarlige for vaksinasjon, men de var avhengige av hjelp dersom vaksinasjon skulle gjennomføres i større målestokk. I Mellbyes vurdering av poliovaksinen i 1959 ble legene og helsesøsterne rost for den innsats de hadde gitt i tilknytning til de første forsøk med poliovaksinen høsten 1956 – mange steder var distriktslegen eneste lege for 40-50 skolekretser.²³² Utbygging av helsestasjoner, skolehelsetjenesten og utdanning av helsesøstre var derfor viktige momenter i utviklingen av de norske vaksinasjonsprogrammene. I slutten av 1950-årene lå det fortsatt et urealisert potensiale i disse strukturelle tiltakene for utbredelsen av vaksinasjon.

Konklusjon: Ulike strategier – et mangesidig vaksinasjonsarbeid

Fra medisinsk hold ble det i *Tidsskriftet* argumentert for mer utbredt vaksinasjon mot difteri, stivkrampe og kikhoste fra slutten av 1940-årene og utover i 1950-årene. Tilnærmingene i det praktiske vaksinasjonsarbeidet skulle imidlertid variere gjennom perioden. Stivkrampe og kikhoste ble ikke gjenstand for påbud, imidlertid ble difterivaksinen gjort påbudt i forbindelse med nye epidemiutbrudd, blant annet i 1951 og 1958. Særlig skolebarn i byene, men også voksne ble omfattet av slike bestemmelser. En rutinisert vaksinasjon mot difteri og kikhoste ble forstyrret av de store polioepidemiene som gjorde seg gjeldende i første halvdel av 1950-årene, etter at Helsedirektoratet i 1951 frarådet slik vaksinasjon under epidemier. Bakgrunnen var studier fra utlandet som viste sammenfall mellom vaksinerte personer og forekomst av poliomyelitt. Imidlertid skulle vaksinasjon mot difteri gjennomføres i de situasjoner hvor en risikerte utbrudd eller spredning av epidemier. Både polioutbrudd og difteriepidemier hindret en mer rutinisert vaksinasjon med kombinasjonsvaksine som også beskyttet mot kikhoste i første halvdel av 1950-årene, men ofte kunne vaksinasjon gjennomføres på et senere tidspunkt når epidemiene hadde lagt seg. I 1955 ble myndighetene imidlertid kritisert for mangelfulle retningslinjer for bruken av kombinasjonsvaksinene, og antagelig var bruken

²³²Vaksinasjonen mot poliomyelitt i Norge 1956-58. En vurdering av vaksinasjonens profylaktiske virkning av Fredrik Mellbye (RA. S-1287 S. Dept. H. dir H5, D 82, mappe P. 9. 1. 9. "Erferingene med Salk-vaksinen 1955-60")

inkonsekvent i perioden. I siste halvdel av 1950-årene kom trippelvaksinen trolig i mer utstrakt bruk. I 1956 fikk helsemyndighetene bevilgninger til å tilby gratis trippelvaksine ved landets helsestasjoner.

De mange tilnærmingene til vaksinasjon mot difteri, samt de praktiske begrensningene på bruk av kombinasjonsvaksinene særlig i første del av 1950-årene gjør det vanskelig å snakke om ett vaksinasjonsprogram i perioden. Snarere var 1950-årenes forebyggingsarbeid preget av en rekke vaksinasjonsprogrammer. For difteribekjempelsen er poenget særlig tydelig, da ulike tilnærminger ble valgt mot samme sykdom, avhengig av den epidemidemiologiske situasjon.

Den utbredte enigheten om bruk av poliovaksine må forstås med bakgrunn i de store epidemiene som raste i 1950-årene, i Norge og resten av verden. Det fantes ingen kur mot sykdommen, og behandlingen av alvorlige tilfeller var ytterst begrenset. Derfor ble forebyggelse viktig, og effektive tiltak som kunne hindre sykdomsutbrudd ble møtt med stor grad av velvilje fra befolkningen. Gjennomføring av vaksinasjon på frivillig basis ble begrunnet med økonomiske og praktiske hensyn. Påbudt vaksinasjon ville påføre staten store kostnader, og ble antatt å være unødvendig fordi befolkningens interesse for vaksinen var stor. Utfordringen i 1955 var først og fremst hvorvidt man kunne skaffe nok vaksine til alle som ønsket beskyttelsen den gav, og ikke hvordan en skulle overtale det mindretall som eventuelt ville unndra seg vaksinasjon. Med tanke på at bevilgningene til poliovaksinasjon ble vedtatt bare noen måneder etter den nye lov om vaksinasjon er en tredje forklaring nærliggende, nemlig at myndighetene ønsket å unngå nye vaksinasjonspåbud. Debatten rundt lov om vaksinasjon tydet på at spørsmålet lett kunne få politiske konsekvenser.

Skolebarn ble i første omgang valgt som en prioritert målgruppe når Salk-vaksinen skulle tas i bruk, og begrunnelsen lå først og fremst i praktiske hensyn. Det hastet med å få begynt vaksinasjon før neste epidemi dukket opp. Medisinsk ble vaksinasjon av folkeskolebarna begrunnet med at polio var mest utbredt blant småbarn og skolebarn, samtidig ble det antatt at skolebarn var viktige smittespredere av poliovirus. Forøvrig var andre praktiske hensyn av betydning. Det var uvisst om en ville få nok vaksine til massevaksinasjon av alle som ønsket beskyttelse mot sykdommen. I en slik situasjon ville påbud være lite hensiktsmessig.

Vaksinasjon i 1950-årene ble gitt til to målgrupper, spebarn og skolebarn. For spebarnas del ble vaksinasjon gjort på helsestasjon. For å nå de eldre barna ble det satset på skolehelsetjenesten. Tilbud om gratis vaksine ble innført og videreført, men i første omgang for enkelte aldersgrupper, først og fremst de yngste barna og barn i skolealder.

Vaksinasjonstiltakene i 1950-årene bar ikke preg av å være et samlet program der vaksinasjon ble søkt brukt konsekvent, gjennom en samlet vurdering av virkemidler. Snarere varierte myndighetenes tilnærminger fra bekjempelsen av den ene sykdom til den andre, og også i bekjempelsen av én enkeltsykdom kunne tilnærmingen variere, slik tilfelle var for tiltakene mot difteri. Epidemiutbrudd, særlig i første halvdel av 1950-årene hindret gjennomføringen av et mer enhetlig vaksinasjonsprogram. Ved inngangen til 1960-årene hadde imidlertid trippelvaksinen blitt tatt i bruk i større utstrekning, og fra 1958 hadde programmatisk vaksinasjon blitt aktualisert gjennom den globale utryddelseskampanjen mot kopper. 1950-årenes vaksinasjonsprogrammer la et grunnlag for et senere vaksinasjonsprogram.

Kapittel 4: Fra et mangfoldig vaksinasjonsarbeid til ett vaksinasjonsprogram, 1958-1976

I 1960-årenes Norge var befolkningens helsetilstand i endring, særlig med tanke på de smittsomme sykdommenes utbredelse. I tillegg til en ny helsetilstand bidro en ny individorientering i samfunnet fra siste halvdel av 1960-årene til å endre premissene for de offentlige vaksinasjonstiltakene. I sentraladministrasjonen hadde det medisinske fagstyret gradvis mistet terreng, og i løpet av 1970-årene stod det gamle systemet for fall. På hvilke måter bidro utviklingen til endringer i vaksinasjonsstrategiene?

1950-årenes vaksinasjonsprogrammer hadde vært preget av ulike tilnærminger der valg av virkemidler og målgrupper varierte, men barn i ulike aldre hadde blitt prioritert. Når ble de ulike vaksinasjonstiltakene forstått som ett samlet vaksinasjonsprogram for barn som ble søkt gjennomført konsekvent? Og når hadde de strukturelle forutsetningene for gjennomføringen av et slikt program blitt etablert?

Barn som målgruppe for vaksinasjon kan strengt tatt deles inn i to grupper, spebarn og skolebarn. Vaksinasjon av disse gruppene ble søkt gjennomført på to ulike arenaer, eller gjennom to ulike apparat; spebarn på helsestasjon og eldre barn gjennom helseskoletjenesten. Begge gruppene hadde blitt gjenstand for forebyggende tiltak i den foregående perioden, blant annet under krigen da skolebarna hadde blitt vaksinert mot difteri. Også spebarn ble målgruppe, blant annet i den obligatoriske koppevaksinasjonen fra 1954, med forløper i krigsårenes vaksinasjonsforordninger. Vaksinasjon av spebarn og skolebarn ble ikke nødvendigvis forstått som deler av ett vaksinasjonstiltak. 14-åringer i folkeskolens siste klasse var en av de prioriterte gruppene i innsatsen med BCG-vaksinasjon, men dette ble forstått innenfor rammene av et program som hadde som siktemål å hindre tuberkuløs sykdom i ung voksen alder, da smitterisiko og sykdommens alvorlighetsgrad var høy. Senere ble BCG-vaksinasjon en naturlig del av et utvidet vaksinasjonsprogram rettet mot barn.

Her vil analysen rette seg mot de språklige begrepene i deres historiske kontekst. Slik begrepet ofte ble brukt i 1958 dreide det seg primært om det arbeid en la opp til med den enkelte vaksine. I en snever forstand er alle vaksinasjonstiltak programmer så lenge de gjennomføres i en planlagt, systematisk form. Å søke vaksinasjon distribuert konsekvent til alle innenfor en definert målgruppe innebærer at vaksinasjonen er programmatisk. Samtidig kan veksten i apparatet og andre forutsetninger for å gjennomføre vaksinasjon mer systematisk mot en rekke sykdommer omtales som fremveksten av et helhetlig vaksinasjonsprogram. Hvilke strukturelle virkemidler ble utbygd som forutsetninger for

vaksinasjonsarbeidet, og hvordan belyser de framveksten av et helhetlig vaksinasjonsprogram for barn?

Et sentralt moment i vaksinasjonsstrategiene utover konkrete tiltak er den overordnede argumentasjonen for vaksinasjon, som en del av strategienes pedagogiske element. Hvordan argumenterte helsemyndighetene for vaksinasjon av spebarn, skolebarn og andre grupper etter 1960?

Infeksjonssykdommenes forekomst fra 1959-1976

Utbygging av helsesøsterordningen, helsestasjoner og skolehelsetjenesten hadde vært et viktig ledd i planene for det forebyggende helsearbeidet etter krigen. Mangelen på kvalifisert vaksinasjonspersonale hadde vært en utfordring, særlig i distriktene. I Finnmark hadde lege- og helsesøstermangelen i 1952 stått i veien for realisering av BCG-vaksinasjon. Med lov om helsesøstertjeneste fra 1957 ble det opprettet flere kommunale stillinger for helsesøstre, men først i 1959 hadde loven i større grad blitt gjennomført i Finnmark.²³³

Vaksinasjon var én av mange oppgaver som ble lagt til helsestasjonene, men tidlig i 1960-årene ble de mentalhygieniske oppgavene ved helsestasjonene tillagt mer vekt. Helsedirektør Evangs begrunnelse var at en nå hadde kontroll med “de mest påtrengende helseproblemene som farlige smittsomme sykdommer”.²³⁴ At helsestasjonene nå kunne ta fatt på nye forebyggende oppgaver hang nok også sammen med at helsesøsterordningen nå var i ferd med å komme ordentlig på plass. I mars 1963 kunne Evang meddele at en plan for helsesøstertjenesten hadde blitt gjennomført i alle fylker, samt at alle fylkeslegekontorene hadde fått egne fylkeshelsesøstre.²³⁵ En viktig strukturell forutsetning for å kunne gjennomføre vaksinasjon hadde dermed kommet på plass.

Samtidig med at dette apparatet for forebygging kom på plass så det ut til at forekomsten av en del smittsomme sykdommer var i ferd med å stabilisere seg på et lavere nivå sammenlignet med perioden før. Evang kunne i mars 1963 meddele at ingen difteri var registrert de siste tre år, og i 1962 hadde kun 25 tilfelle og 4 dødsfall av poliomyelitt blitt registrert. Alle som døde, og de fleste som ble rammet av polio dette året hadde vært uvaksinerte.²³⁶ Difteri, som senest hadde vært et problem mot slutten av 50-årene, med

²³³ Ryymin 2009: 249-250

²³⁴ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet juli 1961, nr. 1: 65

²³⁵ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet januar 1964, dobbeltnr. 1963-64: 10 “Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger og stadsfysici i mars 1963”

²³⁶ Meddelelsesblad for helsedirektoratet januar 1964, dobbeltnr. 1963-64: 16 “Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger og stadsfysici i mars 1963”

stående vaksinasjonspåbud i 1958 i en rekke byer og fylker, så nå ut til å være under kontroll. Dermed hadde også grunnlaget for å gi ekstraordinære vaksinasjonspåbud falt bort. Poliomyelitten forekom fortsatt, men i langt mindre utstrekning enn før. Store epidemier hadde ikke blitt registrert. I april 1964 kunne Evang meddele at de smittsomme sykdommene fortsatt var under kontroll.

Når det gjelder de epidemiske sykdommer, har vi hatt et meget rolig år. Det er igjen ikke meldt noen sikre tilfelle av difteri. Antall tilfelle av poliomyelitt har vært nede i omtrent halvparten av det det har vært i endel år, de fleste av tilfelle har inntruffet hos uvaksinerte.²³⁷

At de tilfellene av poliomyelitt som ble registrert i hovedsak rammet uvaksinerte ble tatt til inntekt for vaksinens effektivitet. Difteri, som hadde vært et tilbakevendende problem etter krigen, hadde i 1963 ikke blitt registrert siden 1959, året etter de siste store vaksinasjonspåbudene i 1958. Et utbrudd av kopper i Stockholm hadde understreket betydningen av beredskap.²³⁸ Beredskapen mot kopper var fortsatt et prioritert område, nasjonalt og internasjonalt, og obligatorisk vaksinasjon mot kopper ble videreført på tross av at kopper var en sykdom som i denne perioden ikke forekom naturlig i Norge.

Bekjempelsen av tuberkulosen fortsatte å gi resultater, slik at institusjonene som var bygget ut for tuberkuloserammede gradvis ble tømt for pasienter og nedlagt. I mars 1965 kunne Evang meddele at “på tuberkuloseområdet går utviklingen videre som før. Det er i årets løp ytterligere nedlagt to tuberkulosehjem; tre er under avvikling.”²³⁹

I 1965 hadde Evang lite å meddele hva angikk de smittsomme sykdommene, annet enn at situasjonen ble oppfattet som rolig.²⁴⁰ I 1965 ble imidlertid opplegget for poliovaksinasjon omlagt ved at Salk-vaksinen ble byttet ut med Sabin-vaksine.²⁴¹ På lederplass i *Tidsskriftet* oppsummerte Mellbye avgjørelsen i to sentrale argumenter. For det første kunne de “ville” poliovirus som hadde ført til begrensede utbrudd bekjempes mer effektivt med Sabin-vaksinen enn det som hadde vært mulig med Salk-vaksinen. Dernest ble Sabin-vaksinen gitt oralt, og ikke i form av injeksjoner, slik at det ble mulig å vaksinere og begrense polioutbrudd

²³⁷ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet august 1965, nr. 1: 6 “Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger, stadsfysici og en del stadsleger i april 1964”

²³⁸ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet august 1965, nr. 1: 6-7 “Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger, stadsfysici og en del stadsleger i april 1964”

²³⁹ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet september 1965, nr. 2: 10 “Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger, stadsfysici og en del stadsleger i mars 1965”

²⁴⁰ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet september 1965, nr. 2: 11 “Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger, stadsfysici og en del stadsleger i mars 1965”

²⁴¹ Lobben 2001: 200

langt raskere enn tidligere.²⁴² Tallenes tale tydet på at vaksinasjonsinnsatsen ga resultater. Året etter, i 1967, ble det ikke registrert et eneste tilfelle av poliomyelitt i Norge for første gang på 1900-tallet.²⁴³

Utbredelsen av de smittsomme sykdommer kom i økende grad under kontroll fra slutten av 1950-årene og gjennom 1960-tallet. Mot slutten av 1960-årene hadde helsemyndighetene begynt å bli vant til denne situasjonen. For tuberkulosens vedkommende har historikeren Teemu Ryymin vist til at både forekomst og dødelighet falt dramatisk i perioden 1945-1960, etter enn viss forverring de første etterkrigsårene, slik at tuberkulosen hadde opphørt som folkesykdom rundt 1960.²⁴⁴ Der tuberkulose 30 år tidligere hadde vært en ungdomssykdom bidro smitteoppsporing kombinert med kirurgisk og medikamentell behandling i 1950-årene til relativt flere tuberkuloserammede i høyere alder, og kroniske tuberkuløse representerte nå et “invaliditetsproblem”.²⁴⁵ I april 1964 Kunne Evang meddele at de sosiale og yrkesmessige problemer for de tuberkuløse var blitt viktigere, og at omleggingen av tuberkulosearbeidet hadde gitt Tuberkulosekontoret nye oppgaver innen geriatri, attføring og vanføreomsorg i en slik grad at en navneendring hadde blitt aktuell, men foreløpig hadde det gamle navnet blitt beholdt.²⁴⁶ I 1969 ble Tuberkulosekontoret ytterligere utvidet og omdøpt til Kontoret for sosialmedisin.²⁴⁷ Navneskiftet reflekterte et utvidet arbeidsområde, men peker også i retning av at tuberkulosearbeidet nå var over i en ny fase der institusjonalisering av syke ble relativt mindre viktig, og oppfølging av tidligere tuberkuløse med varierende grad av uførhet ble viktigere. Andre forhold som peker i samme retning er at den landsomfattende skjermbildefotograferingen fra midten av 60-årene hadde blitt mer selektiv ved at en rettet arbeidet inn mot særlig utsatte grupper.²⁴⁸ I forbindelse med den årlige massevaksinasjon av folkeskolens avgangsklasser ble det i oktober 1965 uttalt fra Helsedirektoratet at røntgen- eller skjermbildefotografering av alle avgangselevne ville være overflødig. Slike undersøkelser i tilknytning til vaksinasjon burde heller konsentrere seg om tre definerte grupper; de spontant tuberkulinpositive, tuberkulinpositive elever som hadde blitt vaksinert

²⁴² Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1966: 193. Lederartikkel, skrevet av Fredrik Mellbye.

²⁴³ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet september 1968, nr. 1: 12-13 “Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger og stadsfysici i februar 1968”

²⁴⁴ Ryymin 2009: 210

²⁴⁵ Ryymin 2009: 237

²⁴⁶ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet august 1965, nr. 1: 10 “Fra helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger, stadsfysici og en del stadsleger i april 1964.”

²⁴⁷ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet desember 1969, nr. 1: 11 “Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger og stadsfysici, februar-mars 1969”

²⁴⁸ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet november 1966, nr. 1: 10 “Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger, stadsfysici og en del stadsleger i mars 1966”

tidligere i forbindelse med miljøundersøkelser, samt øvrige tuberkulinpositive og vaksinerte elever dersom det var grunn til å tro at de var blitt utsatt for smitte.²⁴⁹ Høsten 1967 ble mer selektive undersøkelser gjennomført som en vellykket prøveordning i enkelte kommuner i Hordaland.²⁵⁰

Omleggingen av tuberkuloseundersøkelsene fortsatte i 1970-årene, blant annet gjennom en tydeligere definisjon av risikogrupper og høyrisikogrupper.²⁵¹ Tuberkulinprøving og BCG-vaksinasjon hadde blitt utført i tilknytning til masseundersøkelsene med skjermbildefotografering, men denne praksisen ble oppgitt i 1976. Undersøkelsene hadde da holdt seg på rundt 300 000 årlig, men etter at en siste kartleggende masseundersøkelse ble ferdigstilt i 1976 gikk omfanget stadig nedover.²⁵² Fra 1976 omfattet en selektiv ordning for skjermbildefotografering hele landet, en ordning som først omfattet rundt 30 % av befolkningen over skolealder, men som gradvis minket til 6 % ved utgangen av 1980-årene.²⁵³ BCG-vaksinasjon i forbindelse med masseundersøkelsene ble oppgitt, men BCG-vaksinen fortsatte å være obligatorisk. Ble vaksinasjon av nærmere definerte grupper som skolebarn nå iktigere, ettersom massevaksinasjon i tilknytning til skjermbildefotografering ble oppgitt som et strukturelt virkemiddel?

Vaksinasjonsstatistikkene peker i den retningen. Th. Waaler ved Statens skjermbildefotografering viste i 1975 til at massevaksinasjon med BCG i den første 5-årsperioden med påbud, fra 1948-1952 omfattet 525 000 mennesker, men senere omfattet den årlige vaksinasjonen hovedsaklig 14-åringer og revaksinasjoner av eldre aldersgrupper.²⁵⁴ I perioden 1953-1960 lå antallet vaksinasjoner hvert år mellom 73 000- 87 500.²⁵⁵ Statens skjermbildefotografering hadde samtidig, i perioden 1943-1957, gjennomført 4 142 498 undersøkelser.²⁵⁶ Omlegging av BCG-vaksinasjonen i 1976 var antagelig en tilpasning til

²⁴⁹ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet november 1966, nr. 1: 32 ”Gjennomlysning av skolebarn. Helsedirektoratets uttalelse av 19. oktober 1965 til en fylkeslege.” (De sponant tuberkulinpositive = personer som tidligere hadde testet negativt, men som nå viste positiv reaksjon uten å i mellomtiden ha blitt vaksinert. Et slikt omslag indikerte at vedkommende hadde vært utsatt for tuberkuløs smitte.)

²⁵⁰ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet september 1968, nr. 1: 11 “Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger og stadsfysici i februar 1968”

²⁵¹ Meddelelsesbladet for Helsedirektoratet november 1972, nr. 1: 12 “Helsedirektør Karl Evangs innledningsforedrag ved møte for offentlige leger i månedsskiftet mai/juni 1972”

²⁵² Bjartveit, Kjell. i *Norsk epidemiologi* 1997; 7 (2) “Statens helseundersøkelser. Fra tuberkulosekamp til mangesidig epidemiologisk virksomhet.”: 159

²⁵³ Bjartveit 1997: 161

²⁵⁴ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1975: 1069-1070. (Waaler arbeidet fra 1962 som leder for Statens tuberkuloseregister)

²⁵⁵ Ryymin 2009: 228-229

²⁵⁶ Ryymin 2009: 229

allerede etablert praksis som gradvis hadde rettet seg mer konsekvent mot skolebarn og risikogrupper.

I loven hadde helsedirektøren tilgang til å påby tuberkulinprøving av elever ved skoler og andre lærestalter, og ved negativ reaksjon kunne vaksinasjon påbys.²⁵⁷ Når vaksinasjon ved masseundersøkelsene tok slutt ble et viktig strukturelt virkemiddel for BCG-vaksinasjon oppgitt. Myndighetene la nå gradvis om tuberkulosearbeidet som et svar på en endret epidemiologisk situasjon. Imidlertid ble ordningen med obligatorisk, allmenn BCG-vaksinasjon videreført fram til 1995.²⁵⁸

Så god hadde situasjonen med de smittsomme infeksjonssykdommene blitt at Evang kunne unnlate å nevne dem ved det årlige møtet for landets fylkesleger og stadsfysici i 1969.²⁵⁹ De smittsomme sykdommene hadde utspilt den hovedrollen de tidligere hadde hatt i folkehelsearbeidet. Ved inngangen til 1970-årene hadde helsemyndighetene gjennom flere år blitt vant til en rolig epidemiologisk situasjon, og nye arbeidsområder ble prioritert, ikke minst innenfor en bredere sosialmedisinsk sykdomsforståelse. Livsstilssykdommene overtok gradvis den posisjon som de smittsomme sykdommene hadde hatt. Etter at Statens skjermbildefotografering i 1970-årene i økende grad hadde tatt fatt på nye screeningoppgaver ble et navneskifte nødvendig, og fra 1986 ble institusjonen hetende Statens helseundersøkelser (SHUS).²⁶⁰ Som med Tuberkulosekontorets navneendring i 1969 reflekterer nydøpingen av Statens skjermbildefotografering den generelle utviklingen i helsesektoren. De smittsomme sykdommene ble mindre fremtredende, erstattet av livsstilssykdommer og en bredere sosialmedisinsk tilnærming til forebyggende helsearbeid. Ved helsestasjonene hadde de mentalhygieniske utfordringer fått større oppmerksomhet fra tidlig i 1960-årene, tuberkulosen ble i større grad forstått som et atferds- og invaliditetsproblem, og forurensningsproblematikken i vid forstand ble aktualisert.

Den epidemiologiske overgang

Historikeren Ole Georg Moseng har vist til epidemiologen Abdel Omran, som i 1971 lanserte begrepet om *den epidemiologiske transisjon* som en betegnelse på overgangen fra akutte infeksjonssykdommers dominans av sykdomsbildet til en situasjon hvor slike sykdommer har

²⁵⁷ Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose av 12. desember 1947, § 2, §3

²⁵⁸ *Vaksinasjonsboka. Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell 2006*: 104

²⁵⁹ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet desember 1969, nr. 1: 3-13 "Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger og stadsfysici, februar-mars 1969"

²⁶⁰ Bjartveit 1997: 163

blitt sjeldne.²⁶¹ Historikeren Aina Schiøtz har vist til at et slikt mønster gjorde seg gjeldende i Norge i perioden fra 1945 til 1970-årene blant annet ved at difteri, kikhoste, meslinger og tuberkulose gradvis ble sjeldnere.²⁶² Disse sykdommene var blant dem myndighetene aktivt hadde forebygget, ikke minst gjennom vaksinasjonstiltak. Helsemyndighetene hadde stor tro på at innsatsen mot infeksjonssykdommene nyttet. Da Evang i 1971 kommenterte forurensningsproblematikken som et nytt arbeidsområde for helsevesenet poengterte han at det ville kreve en voldsom innsats dersom det offentlige skulle håndtere disse problemene “like godt som vi tidligere har møtt helseproblemene når det gjelder akutte og kroniske smittsomme sykdommer, spebarnsdødelighet osv.”²⁶³ Smittekampen i perioden før ble for Evang et eksempel på hva som kunne oppnås gjennom organisert innsats.

Aina Schiøtz har lagt vekt på forbedringer i levekår som boforhold, ernæring og holdninger til hygiene, samt de medisinske nyvinninger som viktige årsaker bak den epidemiologiske transisjon. For tuberkulosens del gjaldt det særlig de medisinske tiltak som skjermbildefotografering, BGC-vaksinasjon og ulike antibiotiske midler.²⁶⁴ I et lengre perspektiv lå langsomme demografiske, sosiale og økonomiske prosesser bak, det Omran i en sammenfatning fra 1971 hadde kalt *moderniseringskomplekset*.²⁶⁵

Den epidemiologiske overgang skulle få stor betydning for arbeidet med vaksinasjon, prinsippielt og praktisk. Prinsippet bak vaksinasjon er å beskytte mot sykdom gjennom å tilføre kroppen “en svekket mikrobe, deler av en mikrobe eller noe som ligner den mikroben det ønskes beskyttelse mot” som trigger immunforsvaret til å produsere antistoffer - dersom en infeksjon oppstår senere vil immunforsvaret huske mikroben og kunne reagere raskere for å motvirke sykdom.²⁶⁶ Så lenge et smittestoff finnes i omgivelsene og tidvis forårsaker sykdom i en befolkning vil deler av befolkningen oppnå immunitet som følge av gjennomgått sykdom. En slik “naturlig” immunitet fallt gradvis bort som følge av den epidemiologiske transisjon. Dermed ble beskyttelse med vaksine relativt sett viktigere, så lenge smitten kunne importeres utenfra. Sett fra et epidemiologisk perspektiv innebar endringenene at konsekvent bruk av vaksiner ble viktigere enn før. Dersom slike tiltak ikke ble gjennomført i tilstrekkelig grad ville befolkningen ha dårligere forutsetninger for å unngå smitte dersom smittestoffet ble reintrodusert i miljøet. En slik argumentasjon hadde blitt brukt for å begrunne

²⁶¹ Moseng 2003: 103-104

²⁶² Schiøtz 2003: 394

²⁶³ Meddelelsesblad for Helsedirektoratet november 1971, nr. 1: 4-5 “Helsedirektørens foredrag ved åpningen av distriktslegemøte mai 1971”

²⁶⁴ Schiøtz 2003: 394

²⁶⁵ Moseng 2003: 104

²⁶⁶ *Vaksinasjonsboka. Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell* 2006: 8

koppevaksinasjon gjennom hele perioden, men poenget lar seg overføre også til andre sykdommer som er fordrevet, men fortsatt har en global utbredelse eller der smittestoffet finnes i omgivelsene. Samtidig vil det være vanskeligere å argumentere for forebyggende tiltak mot sykdommer som tilsynelatende ikke eksisterer, eller bare sjelden forekommer. Bekjempelse av de smittsomme sykdommer er slik en kamp som ikke kan stoppe opp selv når en tilsynelatende har vunnet over mikrobene. I vaksinasjonsarbeidet ble myndighetene dermed stilt overfor nye utfordringer med infeksjonssykdommenes nedgang. I sin sosialmedisinske lærebok *Helse og samfunn* fra 1974 brukte Evang en metafor for å beskrive dette perspektivet:

Er man ute og ror på en elv, og strømmen ikke er for sterk, klarer man ikke bare å holde seg på samme sted i forhold til bredden, men endog å ro oppover elven. Man kommer fremover og oppover. Legger man derimot årene inn og ikke foretar seg noe vil man hurtig oppdage at man *taper terreng*, og at strømmen har ført en langt nedover elven, kanskje mot et farlig stryk eller fossefall. Stagnasjon eller nedtrapping av det forebyggende helsearbeid vil derfor ofte bety at fienden igjen reiser på hodet og går til angrep. Det er igjen ikke noen statisk, men en dynamisk situasjon vi har med å gjøre.²⁶⁷

Den epidemiologiske overgang endret gradvis på premissene for vaksinasjonsarbeidet ved at infeksjonssykdommene det var ment å forebygge, i stor grad forsvant. For bekjempelsen av difteri betydde det at grunnlaget for å gi påbud med hjemmel i vaksinasjonsloven forsvant, og frivillighetslinjen ble den dominerende tilnærmingen i vaksinasjonsarbeidet mot sykdommen. Mer allment ble adgangen til å bruke ekstraordinære påbud mindre aktuell, med mindre nye epidemier skulle gjøre seg gjeldende.

Evang oppfattet smittebekjempelsen som en suksesshistorie, men at de fleste infeksjonssykdommer nå forsvant bidro ikke til å gjøre vaksinasjonstiltakene overflødige. Tvert imot skulle tiltakene videreføres fordi smitten i de fleste tilfelle kunne reintroduseres utenfra, og fordi fraværet av smittestoffet i miljøet over tid kunne gjøre befolkningen sårbar for nye epidemier. Infeksjonssykdommenes fravær førte slik til en fornyet begrunnelse for utbredte vaksinasjonstiltak. Epidemiutbrudd skulle nå forebygges gjennom utstrakt bruk av vaksinasjon, men nå hovedsaklig på frivillig basis.

²⁶⁷ Evang 1974: 87

Argumentene for kombinasjonsvaksinasjon rettet mot barn– difteri og tetanus på kjøpet

I artikkelen *Kvadrupplvaksine* fra *Tidsskriftet* i 1962 skrev redaktør Ole K. Harlem at “det er stort sett enighet om verdien av *det vaksineringsprogram for spebarn* som anvendes i vårt land” (forfatterens utheving).²⁶⁸ I dette spebarnsprogrammet inkluderte Harlem trippelvaksinen, Salk-vaksinen mot poliomyelitt i tillegg til koppevaksinasjon. Når dette programmet skulle gjennomføres brakte det med seg praktiske utfordringer i form av mange besøk til lege eller helsestasjon, og samlet sett mange stikk. For å gjøre dette “vanlige skjema” lettere gjennomførbart argumenterte Harlem for ytterligere bruk av kombinasjonsvaksiner i form av såkalt kvadrupplvaksine, som kombinerte trippelvaksinen med vaksine mot polio. I 1962 var en slik vaksine under utprøving, særlig i Nord-Amerika, men også i begrenset utstrekning i Norge.

Harlem refererte til en artikkel i tidsskriftet *the Lancet*, hvor D. S. Dane og medarbeidere redegjorde for de gode resultatene ved utprøvingen av kvadrupplvaksinen i England, og gjentok forfatterenes vektlegging av “den praktiske betydningen av å finne frem til *en* vaksine for spebarnsimmunisering.” Harlem pekte på mulighetene utbredt bruk av kombinasjonsvaksiner kunne innebære:

alle som har stelt med disse problemer, vet at folk ikke er interessert i vaksiner mot sykdommer som er lite aktuelle, i vårt land i dag for eksempel difteri og tetanus. Alle foreldre frykter imidlertid kikhoste, og ved å bruke en trippelvaksine som også gir immunisering mot kikhoste, får man difteri og tetanus “med på kjøpet”. ... Kan man så føye til en poliomyelittvaksine skulle man med den engstelse som poliomyelitt naturlig nok vekker i befolkningen, ha gode muligheter for fortsatt å opprettholde en effektiv immunisering mot difteri og tetanus.²⁶⁹

Disse betraktningene sier noe vesentlig om premissene for den praktiske gjennomføring av vaksinasjon i perioden. Argumentene for vaksinasjon bygde på en forståelse av vaksinens nytte – at den beskyttelse vaksinen ga, var nødvendig. I prinsippet gjaldt det all vaksinasjon, men for vaksiner gitt på frivillig basis ville det ikke være mulig å appellere til plikt på samme måte som for vaksinene gitt under påbud. Forøvrig var ikke den medisinske og folkelige forståelsen av hva som var nyttig nødvendigvis samsvarende. I de tilfellene der den aktuelle sykdommen var fryktet eller forårsaket engstelse i befolkningen ville det være en lett sak å få vaksinert de fleste, fordi overtalelse i liten grad var nødvendig. Enkelte sykdommer var folk

²⁶⁸ Tidsskrift for Den norske lægeforening 1962: 918-919

²⁶⁹ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1962: 918-919

mindre opptatt av å forebygge, for eksempel stivkrampe, som var en sjelden men alvorlig sykdom. Skulle slike sykdommer forebygges ved bruk av enkeltvaksiner ville det kreve mer overtalelse. Etter slike betraktninger fremstår bruken av kombinasjonsvaksiner som viktig av to grunner. For det første ville kombinasjonsvaksiner gjøre et program for basisvaksinasjon lettere å gjennomføre fordi antall stikk og dermed antall besøk på helsestasjon kunne reduseres. Dernest ville det lette arbeidet med å overtale befolkningen om vaksinasjonens nytte. Om kun én av komponentene i vaksinen var ønskelig fikk en de andre “på kjøpet”. Argumentene som underbygde en forståelse av vaksinasjonens nytte ble et sentralt pedagogisk element i det programmatisk vaksinasjonsarbeidet, som nå hovedsaklig rettet seg mot barn.

Det er verdt å merke seg et annet element i Harlems fremstilling. Difteri var nå en sykdom hvis vaksine det var vanskelig å argumentere for. Difteriens forekomst i Norge hadde fulgt en kurve med store svingninger – i mellomkrigstiden hadde difterien forsvunnet, samtidig med at vaksinen ble tilgjengelig. Fordi difterien da ikke ble oppfattet som et problem unnlot en å vaksinere, med følge at befolkningen var uten beskyttelse ved difteriens gjenkomst under okkupasjonstiden. Evang hadde bemerket denne sjebnesvangre feilen i 1947, og tok det som et argument for mer utstrakt vaksinasjon.²⁷⁰ Tetanus ga lite bekymringer i befolkningen fordi det var en sjelden sykdom i Norge, men når vaksine mot stivkrampe ble kombinert med kikhoste- og difteri forenklet det vaksinatørenes argumentasjon overfor foreldre. Vaksinasjonsprogrammet ble lettere å gjennomføre og kunne sørge for grunnbeskyttelse mot flere sykdommer ved å sates på bruk av kombinasjonsvaksiner.

Fra vaksinasjonsprogrammer til ett program 1958-1969

I *Tidsskriftet* 15. Januar 1969 publiserte Fredrik Mellbye artikkelen “Hvor meget vaksinasjon?” hvor han presenterte vaksinearbeidets historie fra krigen til samtiden, i tillegg til å antyde utviklingstrekk for framtiden. Som statens overlege for hygiene i perioden 1950-1972 hadde Mellbye et overordnet ansvar for det forebyggende helsearbeidet i 22 år. De offentlige vaksinasjonstiltakene hadde ekspandert gradvis i denne perioden. I 1969 omfattet arbeidet vaksiner mot syv ulike sykdommer, fem sykdommer mer enn tjue år tidligere.²⁷¹

²⁷⁰ Gjenreisning av folkehelsen i Norge 1947: 15, 65

²⁷¹ Sykdommene arbeidet omfattet i 1969: Kopper, tuberkulose, difteri, stivkrampe, kikhoste, polio og meslinger. Mot 7 sykdommer benyttet en 9 ulike vaksiner i 1969 (de to ekstra skyldes at en hadde to vaksiner mot difteri og stivkrampe, én dobbeltvaksine og én trippelvaksine som også inkluderte kikhoste, samt en ny poliovaksine med levende virus (Sabin-vaksine) i tillegg til den eldre, svekkede virusvaksinen (Salk-vaksine):

Tittelen på Mellbyes innlegg antydde at en nå, etter en ekspansiv fase på over tjue år, så tilbake på det som hadde blitt gjort og vurderte hvorvidt utviklingen snart ville nå en rimelig grense. Mellbye gjorde regnskap over hvilke resultater som hadde blitt oppnådd. I 1967 hadde det ikke forekommet noe tilfelle av verken difteri eller poliomyelitt, mens det i 1946 hadde blitt registrert 3740 tilfelle av difteri og 844 tilfelle av poliomyelitt. Det året hadde henholdsvis 844 og 129 personer omkommet av de to sykdommene. Mellbye argumenterte for at kostnadene av innsatsen ble mer enn oppveid av de resultatene arbeidet hadde gitt og fortsatt ga.

Vaksinasjonstiltakene har krevd og krever en ikke ubetydelig innsats av personell og penger. Innsatsen er likevel bagatellmessig i forhold til hva som ville ha vært krevd om vi ikke hadde kunnet gripe inn i sykdommens naturhistorie. Det er intet i denne som gir oss grunn til å tro at sykdommene ville ha endret karakter om vaksinene ikke var tatt i bruk.²⁷²

Hvordan omtalte Mellbye vaksinasjonstiltakene i perioden fra 1945 til 1969? Mellbye oppsummerte arbeidet, først i fortid:

etter siste verdenskrig har vi i Norge introdusert omfattende vaksinasjonsprogrammer mot en rekke akutte infeksjonssykdommer. I dag vaksinerer vi våre spebarn foruten mot kopper, også mot difteri, stivkrampe, kikhoste og poliomyelitt²⁷³

Om vaksinasjonstiltakene i 1969 skrev Mellbye:

Vaksinene mot kopper, difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt og meslinger har ikke stilt oss overfor særlig vanskelige avgjørelser etter at deres bruksmåte, effektivitet og komplikasjoner er blitt klarlagt. Heller ikke vaksinene mot kuma og røde hunder vil gjøre det. Sammen med BCG-vaksinen er vi nå snart kommet opp I 9 vaksiner som vi må søke brukt konsekvent. Det er et rikholdig *program*, og det er derfor blitt et mål i seg selv å få fremstilt kombinerte vaksiner²⁷⁴ (forfatterens utheving)

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6493&Main_6157=6287:0:25,5501&MainContent_6287=6493:0:25,6827&Content_6493=6441:69504::0:6446:5:::0:0

²⁷² Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1969: 110-111

²⁷³ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1969: 110-111

²⁷⁴ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1969: 110-111

Etterkrigstidens tiltak mot de akutte infeksjonssykdommene omtalte Mellbye som en rekke vaksinasjonsprogrammer mot ulike sykdommer. Arbeidet før 1960 hadde vært preget av forskjellige tilnærminger for de ulike sykdommene, og var slik sett vaksinasjonsprogrammer mer enn ett vaksinasjonsprogram. Når antallet vaksiner økte, og flere sykdommer gradvis kom under kontroll begynte leger, både i og utenfor den sentrale helseadministrasjon, i økende grad å forstå arbeidet som et helhetlig program for basisvaksinasjon. Når Mellbye skilte mellom vaksinasjonsprogrammer i tiden etter krigen, og et rikholdig program anno 1969 er dette uttrykk for at det norske vaksinasjonsarbeidet definitivt hadde gått over i en ny fase. I den forutgående perioden hadde valg av virkemidler i særlig stor grad variert fra vaksine til vaksine, og ulike tilnærminger ble også valgt i bekjempelsen av samme sykdom, slik tilfellet hadde vært for difteri. Året 1958 synes å være et vendepunkt, gjennom en aktualisering av programmatisk vaksinasjon mot kopper internasjonalt. Tidlig i 1960-årene hadde vaksinasjonstiltakene samlet blitt omtalt som et vaksineringsprogram for spebarn.²⁷⁵ De tre tilnærmingene som til da hadde vært brukt; de faste påbudene, de ekstraordinære påbudene og frivillig vaksinasjon ble videreført, men frivillig vaksinasjon hadde blitt relativt sett viktigere med tilveksten av nye vaksiner. På grunn av vaksinasjonstiltakenes økte omfang hadde det i 1960-årene blitt et uttalt mål å ta i bruk kombinasjonsvaksiner, og ved utgangen av 1960-tallet ble all vaksinasjon, også BCG-vaksinasjon, forstått samlet som et program for hele barnealderen.

Også omfanget kunne variere, det vil si hvorvidt vaksine skulle tilbys alle eller utvalgte grupper og hvorvidt vaksine skulle være gratis eller ikke.²⁷⁶ Etter 1958, i sammenheng med den globale utryddelseskampanjen mot kopper, vokste forståelsen av at vaksinene en tok i bruk måtte brukes programmatisk, det vil si at vaksinasjonen skulle omfatte alle. Som vist hadde nedgangen i de smittsomme sykdommene aktualisert vaksinasjon på en ny måte, ved at fravær av sykdom potensielt kunne gjøre befolkningen sårbar. Vaksinasjonsprogrammet tok dermed sikte på å vaksinere befolkningen ved å rette tiltakene mot spebarn og skolebarn. I 1969 hadde dette programmet vokst slik i omfang at Mellbye forestilte seg at ekspansjonen hadde en grense:

²⁷⁵ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1962: 918-919

²⁷⁶ I det standardiserte programmet som vokste frem ble regelen at alle barn skulle få vaksine gratis (derav Barnevaksinasjonsprogrammet), men også andre grupper kunne prioriteres, f.eks. BCG-vaksinasjon til soldater i førstegangstjeneste (19-åringer), påmønstrende sjømenn og fiskere.

Nye vaksiner mot mer banale infeksjoner er under utvikling, blant annet mot enkelte av de virus som fremkaller luftveisinfeksjoner blant spedbarn og forkjølelsessykdommer blant voksne. Vi vil i 1970-årene nok bli stilt overfor spørsmålet om det ikke tross alt er vise infeksjoner vi heller bør leve med enn å gripe inn i deres naturhistorie med ukjente konsekvenser som følge.

Koppevaksinasjon og BCG til 1976: “de gode kommunikasjons- og reisemuligheter”

Vaksinasjon mot kopper ble en viktig del av det vaksinasjonsprogrammet for spebarn som gradvis hadde vokst fram i perioden fra begynnelsen av 1950-årene til tidlig i 1960-årene. I motsetning til de fleste vaksinene som ble innført i dette programmet var vaksinen påbudt. Denne grunnvaksinasjonen inngikk blant de viktigste tiltakene mot importert koppesmitte. I de beredskapsplanene myndighetene hadde utarbeidet i 1963 i tilfelle av krig ble betydningen av å opprettholde en høy immunitet gjennom en effektiv vaksinasjonspolitikkk framhevet, det gjaldt vaksinasjon mot kikhoste, poliomyelitt, tuberkulose, difteri og tetanus, i tillegg til kopper. Mellbye understreket av beredskapsmessige grunner betydningen av en så god vaksinasjonsstatus som mulig, særlig viktig var det at legene var vaksinert.²⁷⁷ Myndighetene viste stadig til muligheten for importert koppesmitte fra endemiske områder. I lederartikkelen “Kopper” fra *Tidsskriftet i 1963* uttalte Mellbye at “Koppeepidemien i Stockholm er et varsel om at kopper når som helst kan opptre også hos oss.” Krav om internasjonale vaksinasjonssertifikater ved innreise til ikke-endemiske områder og “påbud om at alle som mønstrer på norske handelsskip eller tilhører vår internasjonale flypersonell skal ha gyldig vaksinasjonssertifikat” var viktige tiltak, påpekte Mellbye, men beskyttelse mot en større epidemi “ligger i vår befolknings vaksinasjonsstatus og i tiltak som settes i verk for å bekjempe epidemien i dens akutte stadium”. Slike tiltak under epidemiutbrudd ville først og fremst “bestå i konsekvent isolasjon av alle manifeste og suspekterte koppetilfelle og karantenetilsyn med alle disse tilfellers kontakter (primærkontakter) og disse kontakter igjen (sekundærkontakter)”. Først dersom en epidemi var ute av kontroll skulle massevaksinasjon komme på tale.²⁷⁸

Som i 1950-årene ble også i 1960-årene den internasjonale flytrafikken fremhevet som en utfordring for å hindre importert koppesmitte. Denne trafikken utgjorde en ny trussel sammenlignet med tidligere fordi reisetiden hadde blitt betraktelig forkortet. Johannes Bøe,

²⁷⁷ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1963: 960

²⁷⁸ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1963: 1059-1060

som hadde blitt sendt til India for å studere kopper på Helsedirektoratets vegne, poengterte i *Tidsskriftet* at reisetiden var betydelig kortere enn før.

Den som blir syk, vil altså kunne komme hjem uten å ha noen som helst sykdomstegn og være hjemme eller reise omkring i et koppefritt land og komme i kontakt med en masse mennesker før sykdommen bryter ut.²⁷⁹

Å vise til risikoen flytrafikken representerte var ikke nytt, og påstanden fikk også støtte andre steder. En undersøkelse som ble presentert i *Tidsskriftet* i 1967 viste til 27 sikre tilfeller av koppeimport til Europa i perioden 1955-1964, som hadde resultert i totalt 365 registrerte tilfelle. Samtlige av tilfellene hadde kommet via flytrafikken. To årsaker ble utpekt: for det første tok transport med andre transportmidler så lang tid at sykdommen ville oppdages underveis. For det andre ble de fleste langdistansereiser betjent av flytrafikken.²⁸⁰

I vurderingen av helsemessige tiltak er det alltid et sentralt moment å avveie de positive effektene en bestemt behandling eller inngrep har mot risikoen for at noe skal gå galt. Når det gjelder tiltak rettet mot mennesker som i utgangspunktet er friske, slik som vaksinasjon, stilles det i utgangspunktet strengere etiske krav enn ellers. Historikeren Vilde Walsø har vist hvordan risikoen for komplikasjoner ved koppevaksinasjon ble brukt som et argument for å rette vaksinasjonen inn mot spebarn under 2 år i arbeidet med ny vaksinasjonslov i 1954.²⁸¹ Det som potensielt kunne ha vært brukt som et argument mot koppevaksine hadde blitt brukt som et argument for å påby vaksinasjon id et som ble ansett som den gunstigste alder. Den globale kampanjen mot kopper lyktes gradvis å innsnevre de endemiske områdene, og importerte smittetilfelle til Norge ble søkt forebygget ved beredskapsplaner og en rutinisert vaksinasjon mot kopper som tok sikte på å vaksinere barn i den rette alder. Dette arbeidet må sies å være vellykket, i den forstand at ingen importerte tilfelle førte til større utbrudd i Norge.

Imidlertid reiste det seg etter hvert krav om omlegging av vaksinasjonspolitikken. Bakgrunnen var faren for komplikasjoner, som i økende utstrekning ble oppfattet å overgå faren for koppesmitte. 13. november ble Mellbye intervjuet i Aftenposten under overskriften “For tidlig å stoppe koppevaksineringen, Overl. Mellbye uenig med USA-forskere”.²⁸² Bakgrunnen for intervjuet var at amerikanske forskere hadde tatt til orde for å avslutte den

²⁷⁹ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1965: 1141-1144. Forfatteren, Johs. Bøe, hadde blitt sendt på vegne av Helsedirektoratet for å studere kopper i India.

²⁸⁰ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1967: 1034-1036

²⁸¹ Walsø 2011: 43

²⁸² Aftenposten 13. November 1969 ”For tidlig å stoppe koppevaksineringen, Overl. Mellbye uenig med USA-forskere”

allmenne koppevaksinasjon, fordi de mente at komplikasjonsfaren ikke lenger stod i forhold til sykdomsrisiko. Spørsmålet ble reist også i norsk offentlighet, men helsemyndighetene avviste muligheten for å oppgi den obligatoriske førstegangsvaksinasjon mot kopper. I argumentasjonen for å opprettholde gjeldende vaksinasjonspolitikken viste Mellbye til at koppeimport til Europa stadig forekom, selv om kopper ikke hadde blitt registrert i Norge siden 1928. Dersom kopper på ny skulle bli importert til Norge risikerte man massevaksinasjon, også av barn i den uheldige alderen mellom 2-16 år, påpekte Mellbye. Dessuten viste han til at mange nordmenn reiste til og oppholdt seg i land som krevde vaksinasjonssertifikat ved innreise, og disse ville komme i en uheldig situasjon dersom barna deres ikke hadde blitt vaksinert i den tryggeste alder. Rutinemessig spebarnsvaksinasjon før 18 måneder ble dermed fremstilt som det beste alternativet, fordi førstegangsvaksinasjon hos eldre barn innebar økt komplikasjonsfare, spesielt viste komplikasjonsrisikoen seg å være høy i 7-9-årsalderen.²⁸³

Nødvendigheten av massevaksinasjon dersom kopper skulle bryte ut ble brukt av helsemyndighetene i pressen som et argument for å opprettholde rutinemessig vaksinasjon av spebarn. Sammenlignet med beredskapsplanene fra 1963 får argumentet en annerledes betydning - der hadde Mellbye argumentert for at massevaksinasjon i første omgang skulle unngås ved et eventuelt importert koppeutbrudd. I første omgang skulle smitten isoleres ved karantenetiltak mot importtilfellet, primær- og sekundærkontakter. Denne beredskapen ble begrunnet ved å vise til den økte faren for komplikasjoner ved eventuell massevaksinasjon, som først skulle bli aktuelt dersom et koppeutbrudd kom ut av kontroll.²⁸⁴

I myndighetenes beredskap ble den rutinemessige koppevaksineringen forstått som et første forsvar der en vaksinert befolkning skulle redusere risikoen for smitteimport, og hindre smittespredning. Dersom smitteimport ble en realitet skulle i første omgang smittesporing og karantenetiltak settes i verk, og først som en siste utvei skulle massevaksinasjon iverksettes. Rutinemessig vaksinasjon av barn under 18 måneder ble forstått som et sentralt førstelinjeforsvar mot kopper. Argumentasjonen for å opprettholde denne vaksinasjonspolitikken er beslektet med argumentene for Lov om vaksinasjon av 1954. Komplikasjonsfaren ble brukt, ikke som et argument mot vaksinasjon, men som et argument for rutinemessig vaksinasjon av spebarn før de nådde en mer uheldig alder. Om muligheten for å oppgi rutinemessig spebarnsvaksinasjon poengterte Mellbye i Aftenposten "at man inderlig må håpe at også

²⁸³ Aftenposten 13. November 1969 "For tidlig å stoppe koppevaksineringen, Overl. Mellbye uenig med USA-forskere"

²⁸⁴ Tidsskrift for den norske lægeforening, 1963: 960

smittestoffet vil hensyn til en slik beslutning.”²⁸⁵ (sic) I Mellbyes risikovurdering var det den epidemiologiske situasjonen som først og fremst skulle legge premissene for en omlegging av vaksinasjonspolitikken. Ved utgangen av 1960-årene ble koppevaksinerings av spebarn fortsatt prioritert som et tiltak mot importerte utbrudd.

Helsemyndighetene hadde besluttet å videreføre rutinemessig vaksinasjon mot kopper, men komplikasjonsfaren hadde igjen blitt aktuell. Postvaksinal encefalitt²⁸⁶ var blant de alvorligste og mest fryktede komplikasjonene i tilknytning til koppevaksinasjon. I en rundebordskonferanse om virusvaksiner, holdt ved Universitetet i Oslo noen dager senere, viste Mellbye til at rundt 150 tilfeller av postvaksinal encefalitt hadde blitt registrert i Norge i perioden 1924-1969, hvorav rundt halvparten hadde endt med dødsfall. Ved rundebordskonferansen viste Lahelle samtidig til at motstand mot koppevaksinasjon gjorde seg gjeldende i andre land, deriblant USA hvor 200-300 dødsfall etter 1948 hadde skyldes koppevaksinasjon, i en periode uten registrert koppeforekomst i landet.²⁸⁷

Ved de lokale helsestasjonene representerte frykten for komplikasjoner en utfordring. Legen E. Ek viste til erfaringer fra helsestasjonene i Oslo, der foreldre engstet seg for å la barna koppevaksineres. Ek mente at det ikke virket overbevisende å vise til at vaksinasjon var lovbestemt. Som et alternativ fremhevet han argumenter som viste til faren for koppeepidemi og risikoen det innebar å være uvaksinert, for eksempel kunne en vise til utbruddet i Stockholm bare noen år tidligere. Ek fremhevet også at krav om vaksinasjonsattest var påkrevd ved innreise til en rekke land, og dersom en i forbindelse med reise måtte vaksinere barna mellom 5-9 årsalderen ville risikoen for hjernebetennelse være langt høyere enn for spebarn. Slike argumenter hadde en gode erfaringer med fra Oslo.

Denne nøkterne informasjon overbeviser foreldrene som regel og det er ved helsestasjonene i Oslo meget få som ikke blir vaksinert i riktig alder, bortsett fra de barn hos hvem det foreligger reelle kontraindikasjoner.”²⁸⁸

Eks argumenter kaster lys over to sentrale momenter. For det første synes det som om engstelsen for komplikasjoner, i alle fall for enkelte foreldre, overgikk smitterisikoen slik den ble oppfattet. For det andre kan det tyde på at vaksinasjonspåbud i seg selv ikke ble ansett å

²⁸⁵ Aftenposten 13. November 1969

²⁸⁶ Encefalitt = hjernebetennelse

²⁸⁷ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1971: 140-146. ”Virusvaksiner” av O. Lahelle, en rundebordskonferanse i tilknytning til kurs i klinisk virologi ved UiO 17.22- november 1969

²⁸⁸ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1971: 140-146. ”Virusvaksiner” av O. Lahelle, en rundebordskonferanse i tilknytning til kurs i klinisk virologi ved UiO 17.22- november 1969

være et egnet virkemiddel. Vurdert som et argument står påbudet svakt alene – det viser kun til den autoritet staten representerer uten å gi ytterligere begrunnelser. Medisinske argumenter hadde blitt vektlagt i forarbeidene til vaksinasjonsloven fra 1947 og påbudet hadde blitt fremstilt som et siste viktig argument, et ris bak speilet for dem som nølte.²⁸⁹ I 1969 hadde erfaringer fra helsestasjonene i Oslo imidlertid vist at autoritetsargumenter hadde lite for seg. Argumenter som bygde på saklig, nøktern informasjon på den ene siden, og på den andre siden argumenter som kunne spille på smittefrykt og den potensielle faren ved å vaksinere barn i en høyere alder, hadde vist seg mer hensiktsmessige i møte med engstelige foreldre. Denne argumentasjonen kan minne om den tilnærmingen som hadde blitt valgt for påbudt BCG-vaksinasjon fra 1948, der direkte trusler om straff skulle unngås. Befolkningen skulle først og fremst overtales ved å vise til vaksinenes nytte og nødvendighet.

Mellbye rundet av diskusjonen omkring koppevaksinen ved å peke på at det først og fremst var koppenes utbredelse globalt som måtte legges til grunn ved revurderingen av vaksinasjonens berettigelse:

Jeg tror vi alle sammen er enige om at denne vaksinasjonen vil vi gjerne bli kvitt. Vi må derfor følge med den største interesse det arbeid som nå pågår i Afrika og Sydøst-Asia for å utrydde kopper fra de endemiske områder der, og stadig vurdere vårt vaksinasjonsprogram mot kopper i relasjon til risikoen for at kopper skal bli importert til Norge.²⁹⁰

Den globale situasjonen fikk betydning for vaksinasjonspolitikken som skulle føres i Norge. Når dagspressen skrev om vaksinasjon ble de globale forholdene ofte referert. I juni 1971 refererte VG til mainnummeret av Verdens helseorganisasjons tidsskrift *World Health* som meddelte at antallet koppetilfelle nå hadde falt til under 30 000 globalt, 70 % lavere enn i 1967.²⁹¹ Fra slutten av 1960-årene og første halvdel av 1970-årene hadde en rekke land opphevet den obligatoriske koppevaksinasjon av barn, fordi motstanden mot vaksinen hadde økt. Bakgrunnen var risikoen for komplikasjoner ved vaksinasjon, samt at risikoen for koppersmitte ble oppfattet som svært lav – mange mente nå at risikoen ikke stod i forhold til beskyttelsen vaksinen ga.²⁹² Som vist hadde norske helsemyndigheter vært bevisste på dette misforholdet i alle fall fra 1969, men hadde foreløpig valgt å videreføre ordningen. I mai 1976

²⁸⁹ Walsø 2011: 22, 24

²⁹⁰ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1971: 140-146

²⁹¹ Verdens Gang 11. Juni 1971

²⁹² Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1976: 967-968

kunngjorde helsemyndighetene imidlertid at “den obligatoriske koppevaksinasjon av spebarn her i landet skal oppheves med øyeblikkelig virkning.” Når norske myndigheter valgte å oppheve påbudet ble risikoen for komplikasjoner det avgjørende argument.²⁹³ Overlege Svindland pekte på at en til to personer i Norge hvert år hadde fått skader i tilknytning til førstegangsvaksinasjon, men at slik risiko ikke ble knyttet til senere revaksinasjon. Myndighetene ønsket “derfor at de som er vaksinert vil revaksinere seg med jevne mellomrom, slik at immuniteten i folket holdes oppe.”²⁹⁴ Bakgrunnen for opphevelsen lå i vurderingen av den globale koppeutbredelsen, som Verdens helseorganisasjon nå i økende grad hadde fått under kontroll. Koppesmitte forekom nå i tre land; India, Bangladesh og Etiopia. Helsemyndighetene opprettholdt enn viss beredskap i påvente av Verdens helseorganisasjons endelige erklæring om en koppefri verden. Revaksinasjon av enkelte grupper helsepersonell og i forsvaret ble videreført, og en opprettholdt av beredskapsmessige grunner et lager av vaksine. Faren for smitteimport ble nå vurdert å være liten, og rutinemessig vaksinasjon som en første beredskapslinje ble oppgitt. Verdens helseorganisasjon var i ferd med å utrydde kopper globalt etter at den globale kampanjen hadde blitt intensivert fra 1967. Det siste endemiske koppetilfellet i verden ble registrert i 1977 i Somalia, og i 1980 erklærte Verdens helseorganisasjon verden koppefri.²⁹⁵

Helsedirektørens avgjørelse om å oppheve koppevaksinasjon av spebarn ble tatt etter tilråding fra det rådgivende utvalg i vaksinasjonsspørsmål, som hadde blitt etablert i 1974 på bakgrunn av de mange problemstillinger som knyttet seg til programmessig vaksinasjon.²⁹⁶ At det nå hadde blitt opprettet et slikt utvalg reflekterer det store omfanget vaksinasjonstiltakene nå hadde fått samlet, og at helsemyndighetene i større grad hadde et behov for å vurdere vaksinasjonspolitikken i sin helhet.

Allmenn koppevaksinasjon hadde blitt oppgitt i 1976, men BCG-vaksineringen fortsatte. 13. januar 1976 ble overlege Gurli Gleditch ved Helsedirektoratets kontor for sosialmedisin intervjuet av Aftenposten. Bakgrunnen for intervjuet var svenske myndigheters avgjørelse om å stanse BCG-vaksineringen i ett år fordi stadig flere komplikasjoner hadde blitt meldt. Norske myndigheter valgte imidlertid å videreføre programmet for BCG-vaksinasjon. I Aftenposten forsvarte Overlege Gleditsch avgjørelsen om å ikke legge om

²⁹³ Aftenposten 13. mai 1976, Overlege Aud Svindland i Helsedirektoratet til NTB, ”obligatorisk koppevaksinasjon oppheves”

²⁹⁴ Aftenposten 13. Mai 1976 ”obligatorisk koppevaksinasjon oppheves”

²⁹⁵ Fenner 1988: 536-538

²⁹⁶ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1977: 411-414

vaksinasjonspolitikken ved å vise til at målgruppen for arbeidet var en annen i Norge enn i Sverige:

Forklaringen på den store økning av slike komplikasjoner i Sverige kan tilskrives at de der vaksinerer barna allerede i spebarnsalderen. I Danmark blir vaksinasjonen foretatt i syvårsalderen, mens man her i Norge som kjent foretar en BCG-vaksinasjon mot slutten av den obligatoriske skolegang. Man regner nemlig med at det er da man først har Chancen til å møte risikomiljøer.²⁹⁷

Norske helsemyndigheter hadde da ingen planer om å legge om vaksinasjonstiltakene mot tuberkulose, selv om tuberkulosearbeidet generelt hadde blitt trappet ned. Gleditsch fremhevet at mange nordmenn fortsatt var utsatt for smitterisiko:

Med de gode kommunikasjons- og reisemuligheter vi idag står overfor, møter mange av oss en helt annen sykdomsrisiko enn tidligere. Vi synes ikke det er forsvarlig å gå til forandringer i vår vaksinasjonspolitikken ennå²⁹⁸

Argumentene som nå ble brukt for å opprettholde BCG-vaksinen minnet om argumentasjonen for koppevaksineringen i tiårene før. Det var først og fremst de raske kommunikasjonsmulighetene som ble ansett å utgjøre en risiko for smittespredning. Med de smittsomme sykdommenes tilbakegang hadde risikoen ved slik sykdom i økende grad blitt knyttet til faren for ny smitteimport. Som vist i tilknytning til koppevaksinen var argumentene ikke nye, men de hadde i økende grad blitt aktuelle for en rekke sykdommer.

1970-årenes enhetlige vaksinasjonsprogram

1940- og 1950-årenes vaksinasjonstiltak hadde fulgt ulike linjer. De tiltakene som ble gjort, og virkemidlene som ble valgt, bar preg av en situasjon hvor de smittsomme sykdommene fortsatt truet. Den epidemiologiske transisjon endret på grunnpremissene for vaksinasjonsarbeidet. Målet var nå i økende grad å holde de fordrevne sykdommene borte, slik målsetningen lenge hadde vært for kopper. Vaksinasjon ble på et vis viktigere enn før, fordi en ikke kunne regne med noen naturlig immunitet i befolkningen. Og arbeidet for å beskytte befolkningen mot reintroduksjon av de fordrevne sykdommene var et bredt

²⁹⁷ Aftenposten 13. Januar 1976, "BCG-vaksinasjonen mot tuberkulose fortsetter"

²⁹⁸ Aftenposten 13. Januar 1976, "BCG-vaksinasjonen mot tuberkulose fortsetter"

vaksinasjonsprogram rettet mot barn, fra spebarnsalder til utgangen av ungdomsskolen. BCG-vaksinasjonen, som opprinnelig var rettet mot flere grupper, hadde gradvis rettet seg mer eksklusivt mot 14-åringer, i tillegg til eldre grupper som ble revaksinert. Denne overgangen ble endelig når vaksinasjon ved skjermbildeundersøkelsene ble oppgitt i 1976. Samme år ble den obligatoriske koppevaksinasjonen for spebarn oppgitt, selv om beredskap og vaksinerings av en del utsatte grupper ble videreført. BCG-vaksinasjon var ikke lenger tiltak mot en allestedsnærværende folkesykdom, men i hovedsak et tilbud om grunnvaksinasjon for 14-åringer og eventuelt personer i risikogrupper. Vaksinasjonstiltakene mot difteri var ikke lenger beredskapstiltak mot større eller mindre utbrudd, men hadde tatt form av en rutinisert vaksinerings av landets barnekull, hovedsaklig med trippelvaksine. Gjennom dette programmet skulle befolkningen beskyttes, individuelt og kollektivt, mot en rekke sykdommer.

I 1977 skrev Christian Lærche ved Statens insittutt for Folkehelse artikkelen “Aktuelle synsmåter på dagens vaksinasjonsproblemer” hvor han gjorde opp status for den norske vaksinasjonsinnsatsen. Norge, som mange andre land, befant seg nå i en gunstig epidemiologisk situasjon, og Verdens helseorganisasjon hadde pekt ut vaksinasjon som det viktigste enkelttiltaket som hadde bidratt til å redusere sykdom og død:

Men samtidig understrekes alvoret ved at den gunstige epidemiologiske situasjon som er opparbeidet i deler av verden holdes oppe på kunstig vis. Den er resultatet av en sum av hygieniske tiltak og vaksinasjon. Slapper man av i det forebyggende arbeid, eller skulle man oppleve en desorganisering av samfunnslivet som følge av ufred eller katastrofe, er faren for tilbakeslag overhengende.²⁹⁹

Myndighetene hadde derfor god grunn til å videreføre innsatsen for å vaksinere befolkningen. Om sykdommer som var blitt fordrevet skulle vende tilbake ville befolkningen ikke lenger være immunisert som følge av tidligere smitte, og slik løp befolkningen en risiko om de ikke fikk beskyttelse på annen måte. En slik risiko ville øke for hvert årskull, men kunne forhindres ved at vaksinasjonsprogrammet ble søkt gjennomført konsekvent.

I 1979 ble *Veiledning om vaksinasjon for leger, sykepleiere m.fl.* trykket og utgitt av Helsedirektoratet. For første gang ble all relevant informasjon om vaksinasjon samlet på ett sted. For dem som arbeidet med vaksinasjon tidligere hadde kortere instruksjoner f.eks. for BCG-vaksinatører vært brukt, i tillegg til at oppdaterte retningslinjer for vaksinasjonsteknikk og lignende ofte ble gjort kjent gjennom rundskriv. At *veiledning om vaksinasjon* ble trykket nå

²⁹⁹ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1977: 411-414

kan tolkes som et uttrykk for at det anbefalte vaksinasjonsprogram som hadde vokst fram i den forutgående perioden i økende grad ble søkt gjennomført programmessig. Å samle all relevant informasjon på ett sted skulle lette den praktiske gjennomføringen. Utviklingen av vaksinasjonsprogrammet hadde ført til et omfattende tilbud av vaksiner, og for hver vaksine kunne det reise seg egne spørsmål. Totalt sett hadde antallet problemstillinger vaksinatorer måtte forholde seg til økt, og hver av dem kunne det for den enkelte være vanskelig å ta stilling til. Vaksinasjonsveiledningen fylte slik et viktig behov fra vaksinatørenes side, og uttrykte samtidig et behov for å samkjøre vaksinasjonsarbeidet fra sentralt hold. Veiledningen gjentok de samme argumentene for vaksinasjonsprogrammet som Lerche hadde brukt to år tidligere, der idéen om tilbakeslag i smittekampen stod sentralt:

Den gunstige, epidemiologiske situasjon som er opparbeidet i deler av verden er et resultat av et samspill mellom bedre sosiale og økonomiske forhold, hygieniske tiltak og vaksinasjon. Dersom dette samspillet endres ved at man slutter å vaksinere eller ved endrede samfunnsforhold som følge av ufred eller katastrofe, er det alvorlig fare for tilbakeslag.³⁰⁰

Veiledningen inneholdt en generell del med relevant informasjon om organisering og gjennomføring av vaksinasjon, samt en spesiell del der de ulike vaksinene ble omtalt for seg. I veiledningens generelle del, under delkapittel 1.8.1 Obligatoriske vaksiner ble det opplyst at at vaksinasjon i dag stort sett er frivillig, men at vaksine mot kopper, gul feber og kolera i en del tilfeller er obligatorisk ved reise fordi innreiselandet krever vaksinasjonssertifikat. Under delkapittel 1.14. ble vaksinasjonslovgivningen behandlet. Her ble hele lovteksten fra Lov av om vaksinasjon fra 1954 trykket opp, samt kommentarer til flere av lovens paragrafer. Til § 1 ble det kommentert:

Departementet bestemte den 27. September 1955 av loven skulle omfatte immunisering mot difteri, tyfoidfeber, paratyfus A og B og tetanus i tillegg til vaksinasjon mot kopper. Etter av vaksine mot paratyfus A og B fra 1977 er trukket tilbake, omfatter loven ikke lenger disse.³⁰¹
(sic)

En rekke vaksiner hadde altså blitt inkludert under vaksinasjonslovens påbudsbestemmelser i 1955. Jeg har imidlertid ikke funnet holdepunkter i kildematerialet for at adgangen til å påby

³⁰⁰ *Veiledning om vaksinasjon for leger, sykepleiere m.fl 1979: 1-9*

³⁰¹ *Veiledning om vaksinasjon for leger, sykepleiere m.fl 1979: 1-31*

vaksinasjon av befolkningen ble brukt mot disse sykdommene, med unntak av difterivaksinasjon.³⁰² Vaksinasjon mot difteri, tyfoidfeber og paratyfus hadde imidlertid vært gjenstand for påbud også før 1955, under tilsvarende bestemmelse i den midlertidige vaksinasjonsloven av 1940 da den ble gjeninnført etter krigen.

I veiledningens spesielle del ble koppevaksinen omtalt. Her ble det gjentatt at den epidemiologiske situasjonen i verden lå bak den midlertidige avgjørelsen om å avslutte spebarnsvaksinasjonen mot kopper, og at befolkningen for øvrig også var fritatt. Unntaket var revaksinasjon av en del helsepersonell i stillinger hvor de kunne utsettes for smitte, men grunnvaksinasjon av helsepersonell hadde blitt oppgitt. Revaksinasjon av disse gruppene skulle foretas hvert tredje år. I tillegg kunne vaksinasjonssertifikat kreves ved innreise i en del land. Dermed ble vaksinasjon mot kopper videreført ennå en stund, men i mindre utstrekning enn tidligere.

BCG-vaksinen ble også viet plass i veiledningen. Her ble det vist til at Sosialdepartementet i rundskriv I-1095 av 11. September 1975 hadde gitt påbud om BCG-vaksinasjon for en rekke grupper; elever, skolepersonale og diverse helsearbeidere. Elever som ga negativ tuberkulintest skulle vaksineres, eventuelt også eldre elever i grunnskole eller på videregående skoler dersom de ikke tidligere hadde blitt vaksinerte. I tillegg skulle påbudet omfatte lærere og andre yrkesgrupper som kom i kontakt med barn. Helserådets ordfører kunne frita fra påbudet, men for elever gjaldt det kun dersom de ble antatt å være i en anergisk fase. For andre grupper kunne fritak komme på tale dersom de tidligere hadde blitt vaksinert tre ganger og fortsatt ga negativ tuberkulinreaksjon.³⁰³ Påbudt BCG-vaksinasjon ble opprettholdt også ved inngangen til 1980-årene, i alle fall formelt. Bestemmelsene rettet seg inn mot å beskytte barn og unge mot smitte, da det først og fremst var elever, samt grupper som i sitt arbeid kom i kontakt med barn. Ved å hindre smitte blant barn og unge kunne tuberkuløs sykdom unngås blant unge voksne, noe som lenge hadde vært en målsetning i tuberkulosearbeidet. Det var de unge voksne som ble ansett som mest utsatte for tuberkuløs smitte og sykdom, og derfor hadde BCG-vaksinen fra 1948 rettet seg inn mot 14-åringer i folkeskolens avgangsklasse. BCG-vaksineringen som vaksinasjon forøvrig var et individrettet

³⁰² Vaksinasjonspåbud mot andre sykdommer ble innført for militært personell med hjemmel i vaksinasjonsloven, men i det foreliggende kildematerialet finnes det ikke belegg for at slike påbud ble gjort gjeldende for sivilbefolkningen for andre sykdommer enn difteri fra Vaksinasjonsloven trådte i kraft i 1955.

³⁰³ *Veiledning om vaksinasjon for leger sykepleiere m.fl 1979: 2-21-22.* For øvrig inneholdt veiledningen en rekke kontraindikasjoner som kunne være grunn til å utsette vaksinasjon, slik som akutt sykdom eller redusert allmenntilstand, eksem eller annen hudsykdom, graviditet.

tiltak med sikte på å beskytte både individ og samfunn, og veiledningen uttrykte også denne doble hensikt:

Vaksinasjon har i første omgang betydning for den vaksinerte selv. Men ved at en gjennom vaksinasjon hindrer opptreden av nye tuberkulosestilfeller, begrenser man smittespredningen i samfunnet, med følgelig ytterligere reduksjon av nye tuberkulosestilfeller.³⁰⁴

Dette utsagnet gjenspeilte hvordan tuberkulosearbeidet hadde blitt mer selektivt og individualisert i 1970-årene, i kontrast til 1940- og 1950-årenes kamp mot tuberkulosen som folkesykdom.

At Sosialdepartementet hadde gitt nye påbud i 1975 kan tyde på at myndighetene fortsatt anså de normative virkemidlene som berettighet i vaksinasjonsarbeidet i 1970-årene. Imidlertid hadde påbudene slik de ble iverksatt fra 1948 ikke knyttet til seg eksplisitte trusler om straff. Påbudet om BCG-vaksinasjon hadde blitt søkt realisert tredivet år tidligere først og fremst gjennom argumenter for overtalelse, ved saklige argumenter på den ene siden og appeller til befolkningens smittetryk på den andre. Påbud eller sanksjoner ingikk som et siste ytre press. Sanksjoner, først og fremst slike tiltak som kunne være nødvendige for å hindre at uvaksinerte førte smitten videre, kunne tas i bruk, men trusler om straff skulle unngås. En for sterk vektlegging av appeller til plikt gjennom en streng forståelse av påbudsbestemmelsene kunne virke mot sin hensikt. Selv om tuberkulose spilte en langt mindre rolle for folkehelsen enn den hadde gjort før 1960 ble de normative virkemidlene fra tuberkuloselovgivningen av 1947 formelt sett videreført.

Påbud ble fremhevet i vaksinasjonsveiledningen fra 1979, men i motsetning til instruksene for BCG-vaksinatorer fra tredivet år tidligere ble det ikke gitt retningslinjer for behandlingen av personer som unndro seg vaksinasjon. Det kan tyde på at vaksinatorene i praksis ikke fremhevet påbudet i særlig grad, men i stedet førte andre argumenter for vaksinens nytte. Som tidligere ble informasjonsarbeidet hjulpet blant annet ved utformingen av foreldrebrosjyrer. Hvilke argumenter for BCG-vaksinasjon ble nå rettet mot publikum?

Skriftlig informasjon rettet mot foreldre ble trykket i brosjyren *Vaksinasjoner i barne og ungdomsalder* i 1983.³⁰⁵ Her ble foreldrene kort orientert om vaksinasjon. Orienteringen argumenterte for at den enkelte hadde nytte av vaksiner, og opplyste at vaksinasjon gis gratis ved helsestasjoner, på skolen eller hos helserådet. Utfyllende informasjonen om den enkelte

³⁰⁴ *Veiledning om vaksinasjon for leger, sykepleiere m. fl* 1979: 2-21

³⁰⁵ *Vaksinasjoner i barne og ungdomsalder*. 1983.

vaksine, eventuelle kontraindikasjoner og mulige komplikasjoner ble ikke inkludert i brosjyren til foreldre. Slike opplysninger kunne skape unødig engstelse og gjøre gjennomføringen vanskelig. Den enkelte vaksinator kunne imidlertid forholde seg til vaksinasjonsveiledningen. Innledningsvis ga brosjyren en generell begrunnelse for vaksinasjonsprogrammet:

Selv om mange smittsomme sykdommer ikke lenger forekommer i vårt land, finnes de i andre deler av verden. På grunn av at så mange fler en før krysser landegrenser og reisetidene er blitt meget korte, kan sykdommene nå som helst bli ført inn i vårt land og først bryte ut her. Det er derfor viktig at så mange som mulig er vaksinert. Hvis smittestoffet ikke finner mottakelige personer, får det ikke anledning til å spre seg. Slik beskytter de som er vaksinert ikke bare seg selv, men også andre som av medisinske grunner ikke har kunnet vaksineres.³⁰⁶

Argumentasjonen viste til risiko for importert smitte som følge av økt reising over landegrenser og kortere reisetid, ikke ulikt den argumentasjonen som i flere tiår hadde vært brukt for koppevaksinasjon. Nå ble disse argumentene brukt for vaksinasjon generelt, i tråd med at de fleste smittsomme sykdommer hadde blitt sjeldne. Videre bygde argumentasjonen på prinsippet om flokkbeskyttelse og samfunnssolidaritet. I denne argumentasjonen hadde individet et ansvar overfor dem som av medisinske årsaker ikke selv kunne vaksineres. Om vaksinasjon mot tuberkulose ble det opplyst at BCG-vaksinen var “påbudt å gi til personer som er Pirquet negative”, uten at det ble utdypet noe nærmere. Formuleringen er imidlertid interessant, da det synes som påbudet ikke rettes mot den enkelte som skal vaksineres, men derimot rettes mot den som skal gi vaksinen, eventuelt foreldrene som nå skulle gi sitt samtykke gjennom å akseptere vaksinasjon. Det kan peke på at avgjørelsesmyndighet i tilknytning til vaksinasjon var i ferd med å overføres fra helsepersonell til den enkelte forelder.

Skiftet fra vaksinasjonsplikt til vaksinasjon som rettighet

Konsekvent vaksinasjon kunne oppnås på flere måter. Som vist har sett appellerte myndighetene i 1940- og 1950- årene særlig til den enkeltes plikt til å la seg vaksinere, gjennom utforming av vaksinasjonspåbud kombinert med pedagogiske midler. I 1970-årene ble de normative påbudene delvis videreført, men de ble ikke fulgt opp med den samme

³⁰⁶ *Vaksinasjoner i barne og ungdomsalder. 1983*

appellen til plikt og autoritet som tredve år tidligere. I Mellbyes artikkel “Hvor meget vaksinasjon?” fra 1969 er det mulig å spore en ny tilnærming som skulle prege vaksinasjonsarbeidet i tiden etter 1970:

Når en effektiv og komplikasjonsfri vaksine (mot kuma, forfatterens merknad) først foreligger, *vil vi ikke kunne nekte å vaksinere barn hvis foreldre ønsker å få dem beskyttet.*

Dermed er vi også automatisk forpliktet til å søke vaksinert flest mulig for å unngå at vaksinasjonen av en del barn indirekte skal føre til at de andre får sykdommen i en høyere og klinisk sett uheldigere alder. (Forfatterens utheving)

Poenget her synliggjør vaksinens to formål; for det første skulle vaksinasjon beskytte et individ mot sykdom fremkalt av smitte, for det andre kan vaksinasjon dersom tilstrekkelig mange mennesker er vaksinerte gi flokkbeskyttelse som indirekte verner også uvaksinerte individer. God flokkbeskyttelse mot kuma krevde at flest mulig ble vaksinert – dersom dekningsgraden skulle bli for lav ville en i mange tilfelle kun utsette smitten til en alder hvor risikoen for mer alvorlig sykdomsforløp og komplikasjoner var høyere. Dermed var myndighetene forpliktet til å vaksinere konsekvent for å ikke utsette mennesker for unødig lidelse. Mellbyes argument gjaldt vaksinasjon mot kuma, men problemstillingen var samtidig aktuell også for andre vaksiner, for eksempel meslinge-vaksine. I *Tidsskriftet* i 1964 hadde det blitt referert til statistikker fra England og Wales der dødeligheten ved meslinger var 10-20 ganger høyere blant grupper over 25 år enn blant barn.³⁰⁷ Dermed stod myndighetene i samme dilemma som ved kumavaksine. Dersom vaksiner mot kuma og meslinger skulle tas i bruk ville myndighetene være forpliktet til å søke vaksinen brukt konsekvent, fordi den enkelte hadde en *rett* til beskyttelse mot smittsom sykdom. Meslinger var også en svært smittsom sykdom, og vaksinasjon mot meslinger ble tatt i bruk i Norge i 1969.³⁰⁸

I Mellbyes poeng forstås vaksinasjon ikke lenger som en plikt – vaksinasjon kunne nå forstås som en rettighet den enkelte kunne gjøre krav på. Dermed ble myndighetene forpliktet til å sørge for at vaksinasjonsdekningen ble så høy som mulig. Dersom myndighetene unnlot å ta denne forpliktelsen, slik at bare noen ble vaksinert, kunne den enkeltes rett til beskyttelse mot sykdom gå på bekostning av andre individers rett til det samme. I et epidemiologisk perspektiv ble retten til vaksinasjon slik uløselig knyttet til myndighetenes plikt til å sørge for

³⁰⁷ Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1964: 556

³⁰⁸ Smittevernboke: <http://www.fhi.no/artikler/?id=82822>

konsekvent vaksinasjon, det vil si at vaksinasjon i prinsippet skulle gjennomføres for alle i den utstrekning det var mulig.

Historiker Anne-Lise Seip har beskrevet utviklingen i sosialpolitikken fram mot 1975 som et paradigmeskifte, som blant annet omfattet en ny rettighetstenkning som hadde blitt sterkere i 1960-årene.³⁰⁹ Denne nye rettighetstenkningen har hun knyttet til en forskyvning i vektingen mellom kollektivism og individualisme, ved at rettighetene var ment å ivareta den enkeltes behov.³¹⁰ En slik rettighetstenkning som i økende grad gjorde seg gjeldende i sosialpolitikken ser ut til å ha påvirket også vaksinasjonspolitikken fra slutten av 1960-tallet. Dette skjedde ved at de individrettede tiltakene som tidligere hadde blitt begrunnet med utgangspunkt i individets plikt til å verne andre mot sykdom, nå ble begrunnet med individets rett til beskyttelse mot smitte. Da var det først og fremst myndighetenes forpliktelse å unngå at også andre ble syke. Paradoksalt nok førte vektlegging av individets rett til at myndighetene kanskje i større grad enn tidligere så seg forpliktet til å gjennomføre vaksinasjon i befolkningen konsekvent, og dermed måtte arbeidet med å påvirke befolkningens holdninger videreføres.

At vaksinasjonsarbeidet fra 1970 i større grad ble preget av individualisme og individets rettigheter bør forstås i sammenheng med fagstyrets fall. Rune Slagstad har vist til hvordan jussen ble en "legitimeringsvitenskap" for andre ekspertgrupper i forvaltningen i perioden etter krigen, blant annet for det medisinske fagstyret under Karl Evang.³¹¹ Vaksinasjonslovene illustrerer dette poenget. De hadde blitt til i en periode hvor tiltroen på vitenskap var stor, og medisinerne fikk stort spillerom til å utforme helsepolitikken. Lovene ble utformet slik at myndighet i praksis ble delegert til legene i Helsedirektoratet, eller lokalt til helserådets ordfører som også var lege. Det var medisinske vurderinger som skulle legges til grunn når påbud skulle gis. Aina Schiøtz har pekt på at det medisinske fagstyret rundt 1970 var i ferd med å løses opp. Ikke minst skyldes det nye ideer om medbestemmelse og folkestyre, som gikk på direkte bekostning med ekspertstyre.³¹² Den særegne posisjonen medisinerne hadde fått i utformingen av helsepolitikken generelt, og vaksinasjonspolitikken spesielt, ble dermed utfordret og bygd ned. De fullmaktene vaksinasjonslovene åpnet opp for hadde i praksis gitt mye beslutningsmyndighet til den medisinske ekspertisen i Helsedirektoratet fordi det var medisinske betraktninger som skulle legges til grunn for bruken av dem. Vaksinasjonspåbud

³⁰⁹ Seip 1994: 246

³¹⁰ Seip 1994: 381

³¹¹ Slagstad 2001: 419-420

³¹² Schiøtz 2003: 346

ble dermed et mindre aktuelt virkemiddel. Fagstyrets nedbygning representerer i så måte legenes svekkede autoritet i utformingen av helsepolitikk.

Kulturforskerne Bente Alver, Tove Fjell og historiker Teemu Ryymin har i *Vitenskap og varme hender* pekt på den sterke stillingen legene hadde på helsearenaen i perioden 1945-1970, gjennom vekst i den profesjonelle helsesektoren, medisinsk fagstyre og den vitenskapelige medisinske posisjon i samfunnet.³¹³ Etter 1970 har helsesektoren imidlertid i økende grad blitt preget av medbestemmelse og rettighetsfesting, på bekostning av den forutgående periodens betoning av den enkeltes plikt overfor fellesskapet.³¹⁴ Som vist hadde den enkeltes rett til beskyttelse mot sykdom gjennom vaksinasjon blitt fremhevet som et nytt element i vaksinasjonspolitikken fra utgangen av 1960-årene.

Plikter og rettigheter kan av og til oppfattes som motpoler, men egentlig er begrepene oftest sammensveiset på en slik måte at visse rettigheter følger visse plikter. Juristen Asbjørn Kjønstad har påpekt hvordan det rettslige forholdet mellom lege og pasient har forandret seg, først ved at legenes plikter ble lovfestet og senere gjennom lovfestede pasientrettigheter.³¹⁵ Bestemte plikter kan slik utledes fra rettigheter, og omvendt. Rettighetstenkning er riktignok ikke det samme som lovfestede rettigheter, men endring i tenkemåte skulle likevel få betydning for strategiene i vaksinasjonsarbeidet. Vaksinasjon forstått som en rettighet den enkelte kunne gjøre krav på ville være vanskelig å kombinere med vaksinasjonsplikt, særlig omplikten ble knyttet til sanksjoner og straff. Imidlertid kunne myndighetenes forpliktelse til å søke flest mulig vaksinert videreføres til en moralsk plikt for individet, ved at myndighetene tok i bruk appeller til samfunnssolidaritet i sin argumentasjon for vaksinasjon. En slik tilnærming vil innrette seg mot å overtale den enkelte, ikke med direkte appeller til plikt eller autoritet, men gjennom å vise til vaksinsens nytte og at vaksinasjon er en solidarisk handling. Slike argumenter vil ta sikte på å gjøre helsemyndighetene forståelse av sykdomsrisiko til individets egen oppfatning gjennom saklig overbevisning.

Kulturviteren Tove Fjell har hevdet at vaksinasjonspolitikken i samtiden søker å oppnå målsetningene om høy vaksinasjonsdekning gjennom å skifte mellom appeller til selvbestemmelse og lydighet, valgfrihet og det "beste for samfunnet", slik at ansvaret for å

³¹³ Alver, Fjell & Ryymin. 2013. *Vitenskap og varme hender. Den medisinske markedsplassen i Norge fra 1800 til i dag*: 161

³¹⁴ Alver, Fjell & Ryymin 2013: 195, 197

³¹⁵ Kjønstad, Asbjørn. 1992. "Pasientrettighetenes fremvekst" i Kjønstad, Asbjørn; Syse, Aslak. *Helseprioriteringer og pasientrettigheter*: 209; 201-202

forebygge sykdom har blitt overført fra stat til individ.³¹⁶ Hun har argumentert for at individets frihet til å velge har blitt et ideal og bidrar til å oppløse motsetningen mellom tvang og frihet – friheten til å velge har for individet blitt en ny forpliktelse.³¹⁷

Det kan se ut til at en slik tilnærming fikk gradvis innpass i vaksinasjonspolitikken fra 1970. Rettighetstenkning og vektlegging av individet gjorde det vanskelig å videreføre direkte appeller til plikt og påbud, selv om vaksinasjonslovene som hadde åpnet opp for påbudene ble stående. Obligatorisk koppevaksinasjon ble oppgitt i 1976, men BCG-vaksinasjon fortsatte å være formelt påbudt fram til 1995.³¹⁸ De formelle normative elementene knyttet direkte til vaksinasjonslovgivningens påbud ble nedtonet i 1970- og 1980-årene sammenlignet med 1940- og 1950-årene. I foreldrebrosjyren fra 1983 ble det fortsatte BCG-påbudet omtalt slik at det fremstod som vaksinatørens plikt å gi vaksinen, med foreldrenes samtykke. I vaksinasjonsveiledningen hadde BCG-vaksinen først og fremst blitt fremstilt som gunstig for den enkelte, samtidig som den også kunne hindre smitte i samfunnet forøvrig. Det ser altså ut til at informasjonsmaterialet i økende grad la opp til individets medbestemmelse, og den nytten vaksinasjon hadde for den enkelte. Slik rettet arbeidet seg mot å overbevise om vaksinens betydning, men uten tydelige appeller til plikt og sanksjoner.

Argumentene som viste til vaksinens nytte for den enkelte var imidlertid ikke nye. Også i foreldrematerialet knyttet til BCG-vaksinasjon etter 1948 hadde vaksinen blitt fremhevet som en beskyttelse “for deg og dine”, som vist i kapittel 2. Det nye i perioden sammenlignet med 1940- og 1950-årene var fraværet av tydelige appeller til plikt, helsedirektøren eller helserådets ordførers autoritet, og klare sanksjoner. Der unndragelse av vaksinasjonsplikten anno 1950 blant annet kunne medføre møteplikt til kontroll så ofte som det ble ansett nødvendig, ble ingen sanksjoner nevnt i materialet fra 1970- og 1980-årene. De klare, formelle normative virkemidlene ble nedtonet til fordel for argumenter som appellerte til individets autonomi. De normative elementene i de pedagogiske virkemidlene har imidlertid blitt videreført ved nye appeller til samfunnssolidaritet – i foreldrebrosjyren fra 1983 hadde vaksinasjonsprogrammets begrunnelse fremhevet hensynet til personer som ikke kunne vaksineres. Slik ble den enkeltes rett på beskyttelse mot sykdom kombinert med individets ansvar for å forhindre smitte.

³¹⁶ Fjell 2005: 50

³¹⁷ Fjell 2005: 51

³¹⁸ *Vaksinasjonsboka. Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell* 2006: 104

Konklusjon: fra smittekamp til importvern, mellom plikt og rettighet

I takt med at de smittsomme sykdommene gradvis forsvant stod helsemyndighetene overfor en situasjon der vaksinasjon ble begrunnet på en ny måte. Generelt hadde arbeidet beveget seg fra smittekamp til et rutinisert vaksinasjonsprogram som skulle holde de fordrevne sykdommene borte. Fra tidlig i 1960-årene ble dette programmet omtalt som et immuniseringsprogram for spebarn, og i første halvdel av 1960-tallet ble også en landsdekkende helsesøstertjeneste etablert, slik at de strukturelle forutsetningene for å gjennomføre et slikt program i større grad kom på plass. Fra slutten av 1960-årene ble også BCG-vaksinen sett som del av et vaksinasjonsprogram for hele barnealderen, fra spebarnsstadiet til 14-årsalder, og dette programmet ble nå søkt gjennomført konsekvent.

At de smittsomme sykdommene ble sjeldne førte til at helsemyndighetene fortsatt fremhevet betydningen av å distribuere vaksinasjon konsekvent i befolkningen. Argumenter som viste til faren for importert smitte og faren for tilbakegang i det smitteforebyggende arbeidet ble brukt i økende grad, ikke bare i tilknytning til koppevaksinen men også for arbeidet generelt. Idéer om individets rett på beskyttelse mot sykdom fikk gjennomslag ved inngangen til 1970-årene, og bidro til å understreke betydningen av vaksinasjon, fordi den enkeltes rett på beskyttelse potensielt kunne gjøre andre mer sårbare. Dermed ble myndighetene forpliktet til å søke fortsatt høy vaksinasjonsdekning.

Vektlegging av individets rettigheter lot seg imidlertid kombinere dårlig med tydelige appeller til plikt, og de formelle, normative elementene i vaksinasjonsarbeidet ble nedtonet i 1970- og 1980-årene. Appeller til plikt og autoritet ble erstattet med argumenter som viste til vaksinens nytte for den enkelte. Samtidig ble individets ansvar overfor fellesskapet videreført, men nå i form av appeller til samfunnssolidaritet. Ved å la seg vaksinere skulle ikke individet bare beskytte seg selv, men samtidig dem som av ulike grunner ikke selv kunne få vaksine. De normative elementene ble videreført i de pedagogiske styringsmidlene ved at myndighetene har fortsatt å overtale den enkelte om betydningen av vaksinasjon. Slik sett er vaksinasjonsarbeidet i perioden fra 1940- til 1980-årene preget av en viss kontinuitet, på tross av historiske endringer som har ført til nye begrunnelser og nye rammer for det offentlige vaksinasjonsprogrammet. Kjernen i vaksinasjonsstrategiene over tid har knyttet seg til ulike pedagogiske virkemidler med formål å overbevise og overtale. Der 1940- og 1950-årenes overtalelse ble kombinert med formelle normative midler som utformingen av vaksinasjonspåbud som understreket vaksinasjonsplikt for den enkelte, ble 1970- og 1980-årenes strategier i økende grad orientert omkring individets rett til beskyttelse mot sykdom.

Imidlertid ble argumenter som appellerte til samfunnssolidaritet fortsatt brukt. Dermed hadde individet fortsatt en moralsk forpliktelse overfor fellesskapet i forebyggingen av smitte.

Kapittel 5: Vaksinasjonsstrategiske linjer i perioden 1940-1976

Vaksinasjonspåbud i lov og praksis

Hvordan ble vaksinasjonspåbudene i 1940- og 1950-årene utformet, og hvilke virkemidler ble påbudene søkt gjennomført med? Påbud om BCG-vaksinasjon ble kombinert med omfattende opplysningsvirksomhet fra 1948. Film, foreldreskriv, brosjyrer og retningslinjer for vaksinatører var pedagogiske tiltak som skulle sørge for at BCG-vaksinasjon ble utført etter de planer som var lagt opp i de nye tuberkuloselovene fra 1947. Slik arbeidet ble søkt gjennomført i praksis ble de normative virkemidlene i loven utfylt av en omfattende argumentasjon for vaksinasjon, som tok ulike former. Direkte trusler om straff skulle i allminnelighet unngås, selv om loven formelt åpnet for å gjøre personer som ønsket å unndra seg fra myndighetenes tiltak til lovbrytere. Straffeutmåling under straffelovens § 357 var potensielt en negativ sanksjon som kunne tas i bruk, men i praksis skulle leger og andre vaksinatører lite på den tillit og godvilje befolkningen stort sett møtte det offentlige helsearbeidet med. Påbudet fungerte i praksis først og fremst som en appell til autoritet og plikt, som et uttrykk for hva som ble ansett som ønskelig og forventet av den enkelte. En direkte vektlegging av straff kunne virke mot sin hensikt, og helsedirektør Karl Evang frarådet i allminnelighet en slik tilnærming. Kombinert med argumenter som på den ene siden var medisinsk-faglig saklige, og på den andre siden hadde potensiale til å stimulere smittefrykt, inngikk vaksinasjonspåbudet i en strategi for overtalelse. Personer som ikke lot seg overtale kunne underlegges sanksjoner, som utestengelse fra bestemte yrker og utdannelsesinstitusjoner, og ytterlige kontroller i helserådets regi. Slike sanksjoner hadde til hensikt å hindre uvaksinerte å spre smitte, men kan også ha virket som et videre press for overtalelse. Disse sanksjonene var trolig mer aktuelle i praksis enn det formell straffereaksjon var. Tuberkulosen var fortsatt en utbredt folkesykdom som det ble satt inn store ressurser på å bekjempe.

Lov om vaksinasjon innførte påbudt koppevaksinasjon fra 1955 etter tilsvarende utforming som påbudt BCG-vaksinasjon noen år tidligere. Sentralt i loven stod påbudt vaksinasjon for barn før fylte 2 år, samt revaksinasjon i det tiende leveår. Blant formålene stod et ønske om å øke antall førstegangsvaksinasjoner av spebarn før fylte 2 år, fordi risikoen for komplikasjoner økte med barnets alder. I perioden 1955-1958 økte antall førstegangsvaksinasjoner i den rette alder sammenlignet med perioden før, men fortsatt ble bare rundt halvparten av barnekullene vaksinert før 2-årsalderen. Utbrudd av

barnesykdommer forhindret ofte allminnelig vaksinasjon, og særlig i distriktene hadde de offentlige leger store arbeidsoppgaver som forhindret konsekvent vaksinasjon av spebarn. Mangel på kvalifisert personell var en utfordring som måtte løses dersom vaksinasjon skulle gjennomføres i større grad. Kopper var en svært sjelden sykdom i 1950-årenes Norge, og vaksinasjonspåbudet ble derfor ikke kombinert med tilsvarende store informasjonstiltak som for tuberkulosebekjempelsen. Formålet med vaksinasjon mot kopper var først og fremst å hindre importerte smittetilfelle og nye utbrudd, og påbudene ble innrettet med formål om å unngå vaksinasjon i den alderen som ble ansett å være mest utsatt for komplikasjoner. Som med BCG-vaksinen fungerte påbudet som en tydelig appell til autoritet og plikt, kombinert med argumenter som vektla risikoen for importert smitte.

Påbudt vaksinasjon, både mot tuberkulose og kopper, ble et tilbud om gratis vaksine for befolkningen. Utgiftene til vaksinasjon skulle fordeles mellom stat, by- og fylkeskommunene. For at vaksinasjonstiltakene skulle nå ut til befolkningen i hele landet satset myndighetene på utbyggingen av helsestasjoner, helsesøstertjeneste og skolehelsetjeneste. På slutten av 1950-årene var det fortsatt en utfordring, særlig i distriktene, at legene og helsesøstrene hadde store arbeidsoppgaver som skulle løses. Mangel på kvalifisert personell fordret ytterligere satsing på utdanning og utbygging av en helsesøstertjeneste for hele landet. Vaksinasjon av de eldre barna, særlig med BCG-vaksine skulle gjennomføres i skolen, og det ble satset på en landsomfattende skolehelsetjeneste. Det formelle lovverket for helsesøstertjeneste og skolehelsetjeneste kom på plass i 1957, men fortsatt skulle realiseringen av lovene ta tid. Helsestasjoner, helsesøstertjeneste og skolehelsetjeneste var viktige strukturelle virkemidler i det forebyggende helsearbeidet, og la grunnlaget for videre utvidelser av vaksinasjonstiltakene i perioden etter 1960.

Tuberkulose og kopper var sykdommer myndighetene hadde tradisjon for å søke forebygget gjennom normative lover. De nye vaksinasjonslovene i 1940- og 1950-årene ble imidlertid også benyttet til å påby vaksinasjon mot andre sykdommer når helsemyndighetene anså det nødvendig for å hindre epidemier. Slik åpnet vaksinasjonslovgivningen opp for påbudt vaksinasjon som et lett tilgjengelig beredskapstiltak mot tilbakevendende epidemiutbrudd. Samlet sett ble vaksinasjon søkt gjennomført ved en kombinasjon av tydelige, normative påbudsbestemmelser og ulike pedagogiske midler som rettet seg inn mot å overtale befolkningen. Til påbudene knyttet det seg økonomiske tiltak, som gratis vaksine. Disse normative, pedagogiske og økonomiske midlene ble kombinert med strukturelle tiltak som skulle tjene folkehelsearbeidet mer allment, slik som utbygging av helsesøstertjeneste, skolehelsetjeneste og helsestasjoner.

Vaksinasjonsarbeidet i vekst

Hvilke argumenter ble tatt i bruk for vaksinene mot tetanus, difteri og kikhoste?

Legene i Tidsskriftet argumenterte stadig for mer utstrakt bruk av vaksinasjon med nye vaksiner. Det ble vist til kikhoste som en fortsatt vanlig barnesykdom som kunne gi alvorlige komplikasjoner og føre til dødsfall, særlig blant de minste barna. Difteri var en svært smittsom sykdom som lett kunne forebygges ved bruk av vaksine. Tetanus var verken en barnesykdom eller en smittsom sykdom, men det ble argumentert for at sykdommen var svært alvorlig og dødelig, og vaksinasjon var derfor ønskelig på tross av at stivkrampe var en svært sjelden sykdom i Norge. Det ble argumentert for bruken av kombinasjonsvaksiner mot disse sykdommene i 1950- og tidlig i 1960-årene. Gjennom å kombinere vaksinene kunne den praktiske gjennomføringen gjøres lettere, og en ville oppnå immunitet mot flere sykdommer samtidig.

Hvilke argumenter lå bak avgjørelsen om å innføre polivaksinasjon på frivillig basis? Når det skulle gis bevilgninger til import og gjennomføring av vaksinasjon mot poliomyelitt ble det vist til befolkningens velvilje og engasjement i poliosaken, og det ble antatt at de fleste ville akseptere vaksinasjon uten bruk av påbudsbestemmelser. Frivillighet eller påbud ble imidlertid ikke diskutert i Stortinget i tilknytning til vaksinen. I Hygienekontorets argumentasjon overfor statsråden ble det imidlertid vist til både økonomiske og mer praktiske betraktninger. Dersom påbud skulle tas i bruk ville det innebære store kostnader for staten, og et slikt påbud ble ansett å være unødvendig fordi befolkningens interesse for et effektivt middel mot poliomyelitt var stor. Utfordringen besto i første omgang å få tak i nok vaksine og gjennomføre vaksinasjon før neste epidemi slo til. Avgjørelsen om å innføre poliovaksinasjon på frivillig basis ble imidlertid tatt bare noen måneder etter at Lov om vaksinasjon hadde blitt vedtatt, med til dels tilspisset kritikk fra de borgerlige partiene. Det er derfor mulig at nye påbud nå ble ansett å være politisk risikabelt.

I hvilken forstand inngikk disse vaksinene i et program i 1950-årene? Tilnærmingene i det praktiske vaksinasjonsarbeidet varierte gjennom 1950-årene. Vaksiner mot stivkrampe og kikhoste ble ikke gjenstand for allminnelige påbud. Difterivaksinasjon ble derimot ved flere anledninger gitt under påbud i forbindelse med epidemiutbrudd som myndighetene søkte å kontrollere med de midler de hadde tilgjengelig, blant annet i 1951 og 1958. Slike påbud omfattet særlig skolebarn i byene, som også hadde fått påbud om slik vaksine i krigsårene, men også voksne ble gitt påbudt vaksine. En konsekvent bruk av kombinasjonsvaksinene mot

difteri, tetanus og kikhoste ser ut til å ha blitt forstyrret av de store polioepidemiene som herjet særlig første halvdel av 1950-årene, og myndighetene ble kritisert for å mangle klare retningslinjer for disse vaksinene i 1955. Det er vanskelig å snakke om gjennomføringen av et konsekvent samlet vaksinasjonsprogram i 1950-årene fordi tilnærmingene varierte, fra vaksine til vaksine. Også bekjempelsen mot difteri kunne variere, slik at det i en forstand er mulig å snakke om flere programmer for bekjempelsen av sykdommen. 1950-årene ble preget av en rekke vaksinasjonsprogrammer, snarere enn et samlet program. Hvilke virkemidler ble tatt i bruk i tilknytning til de nye vaksinene i 1950-årene som ikke ble gjenstand for påbud? Vaksinasjon ble rettet primært mot spebarn og skolebarn, som også tidligere hadde vært prioriterte grupper i forebyggende arbeid. Det ble satset på vaksinasjon av spebarn på helsestasjon og eldre barn i skolen, og disse gruppene ble tilbudt gratis vaksine. Poliovaksinen ble tilbudt gratis til enkelte aldersgrupper fra 1956, og ordningen ble senere videreført. Samme år hadde helsemyndighetene sikret bevilgninger til utdeling av gratis trippelvaksine på landets helsestasjoner.

Fra et mangfoldig vaksinasjonsarbeid til ett vaksinasjonsprogram

På hvilke måter bidro endret helsetilstand i befolkningen, den nye individorienteringen fra 1970 og fagstyrets fall til endringer i vaksinasjonsstrategiene? At smittsomme sykdommer gradvis forsvant bidro til å omdefinere vaksinasjonens berettigelse, og argumentasjonen dreide seg i økende grad om å holde de fordrevne sykdommene vekke. Samtidig ble det viktigere å søke vaksinasjon bruk konsekvent fordi befolkningen ikke lenger ville opparbeide immunitet som følge av sykdom. Den nye individorienteringen fra 1970-årene bidro til å forandre vaksinasjonsstrategiene. Strenge appeller til individets plikt og sanksjoner lot seg vanskelig kombinere med individets rett til beskyttelse. Imidlertid forpliktet den nye tenkningen myndighetene til å søke vaksinasjon brukt konsekvent i så stor utstrekning som mulig, og argumentene for vaksinasjon videreførte normative elementer gjennom vektlegging av individets forpliktelse til å utøve samfunnssolidaritet. Vaksinasjon var i denne forståelsen ikke bare et gode for individet, men det skulle beskytte samfunnet som helhet.

Når ble de mange vaksinasjonstiltakene forstått som et samlet vaksinasjonsprogram som ble søkt gjennomført konsekvent, og når hadde de strukturelle forutsetningene for gjennomføringen av et slikt program blitt etablert? Gjennomføringen av vaksinasjon i større målestokk var avhengig av helsesøstre og utbygging av skolehelsetjeneste. Disse tiltakene ble styrket gjennom nye lover på slutten av 1950-årene. Tidlig på 1960-tallet hadde

helsesøstertjenesten blitt etablert for hele landet, og kunne danne et grunnlag for ytterligere vaksinasjon. I samme periode ble vaksinasjonen rettet mot spebarn omtalt som et immuniseringsprogram. Mot slutten av 1960-årene omtalte helsemyndighetene alle vaksinene samlet som ett program for barn fra spebarnsalder til utgangen av skolen.

Vaksinasjonsstrategiske linjer

Vaksinasjonsstrategiene i 1940- og 1950-årene ble bygget rundt nye vaksinasjonslover som la mye myndighet til den medisinske ekspertisen i Helsedirektoratet. I gjennomføringen av vaksinasjonstiltakene ble det lagt vekt på at befolkningen skulle overtales, og de normative midlerne ble kombinert med en rekke pedagogiske tiltak. Imidlertid var det ikke bekjempelsen av alle sykdommer hvor det ble ansett som hensiktsmessig å utferdige påbud, og en rekke vaksiner ble tilbudt på frivillig basis etter 1950. For gjennomføringen av vaksinasjonstiltakene bygde myndighetene ut helsesøstertjeneste, skolehelsetjeneste som viktige strukturelle forutsetninger for vaksinasjonsprogrammene, i tillegg til helsestasjonene. Særlig spebarn- og skolebarn har blitt prioritert i arbeidet, og til disse gruppene ble det gitt gratis vaksine fra midten av 1950-årene.

Det sentrale i vaksinasjonsarbeidet, uavhengig av hvorvidt vaksinen har vært påbudt eller frivillig, har vært et element av opplysning og overtalelse. Helsemyndighetene har ønsket å ta i bruk vaksiner i økende utstrekning, og har satt inn ressurser på å opplyse befolkningen om sykdom og helse på den ene siden, og på den andre siden har argumentene for vaksinasjon appellert til befolkningens smittefrykt. Den gradvise nedgangen i smittsomme sykdommer, den nye individorienteringen og fagstyrets fall rundt 1970 har bidratt til at strategiene har nedtonet de formelle, normative virkemidlene som perioden ble innledet med. Imidlertid er det fortsatt mulig å snakke om det normative i de pedagogiske elementene i vaksinasjonsarbeidet. Individets plikt overfor samfunnet har blitt videreført fram mot 1980, men nå uten klare henvisninger til autoritet og sanksjoner. Det er først og fremst individets forpliktelse til å utøve samfunnssolidaritet, kombinert med medisinske argumenter knyttet til vaksinens nytte som ble et bærende element i arbeidet med å overbevise befolkningen om betydningen av vaksinasjon.

Forslag til videre forskning

Denne studien har søkt å utfylle den foreliggende forskningen på de norske vaksinasjonsprogrammene ved å inkludere de ulike virkemidlene som samlet sett har utgjort myndighetenes styringsstrategier, fra 1940-årene til inngangen av 1980-årene. I denne perioden endret argumentene for vaksinasjon karakter, fra vektlegging av plikt, til vektlegging av frivillighet, individets rett og nytten ved vaksinasjon. De fleste vaksiner som ble innført etter 1950 har alltid vært frivillige, men et sentralt element, uavhengig av spørsmålet om påbud eller frivillighet har alltid vært argumentasjon for vaksinasjon. Ulike former for overtalelse står som de sentrale momentene i vaksinasjonsprogrammene gjennom perioden. Som et individrettet tiltak må vaksinasjon begrunnes overfor den enkelte, uavhengig av om det kan vises til at vaksinen er obligatorisk ved lov eller frivillig. I denne sammenheng hadde det vært interessant å ta for seg befolkningens holdning til vaksinasjon, gjennom oppslutning og eventuelt motstand i den samme perioden, for slik å undersøke forholdet mellom myndighetenes valg av strategier og befolkningens oppslutning. Samtidig ville det være interessant å inkludere myndighetenes oppfatninger av personer som har unndratt seg eller av ulike grunner velger vekk vaksinasjon, og belyse hvordan disse gruppene spesielt har blitt søkt overtalt eller på andre måter blitt imøtegått.

litteratur og kilder

Litteratur

- Alver, Bente Gullveig; Fjell, Tove Ingebjørg; Ryymin, Teemu. 2013. *Vitenskap og varme hender. Den medisinske markedsplassen i Norge fra 1800 til i dag*. Scandinavian Academic Press/Spartacus forlag, Oslo
- Baldwin, Peter. 1999. *Contagion and the State in Europa, 1830-1930*. Cambridge University Press, Cambridge
- Berg, Ole. 1987. *Medisinens logikk. Studier i medisinenes sosiologi og politikk*. Universitetsforlaget AS, Oslo
- Bjartveit, Kjell. 1997. *Norsk epidemiologi*; 7 (2) "Statens helseundersøkelser. Fra tuberkulosekamp til mangesidig epidemiologisk virksomhet."
- Eckhoff, Torstein. 1983. *Statens styringsmuligheter, særlig i ressurs- og miljøspørsmål*. Tanum-Norli, Oslo.
- Elvbakken, Kari Tove og Dag Stenvoll (red.). 2008. *Reisen til helseland. Propaganda i folkehelsens tjeneste*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen
- Elvbakken, Kari Tove; Fjær, Svanung; Jensen, Thor Øyvind (red.). 1994. *Mellom påbud og påvirkning. Tradisjoner, institusjoner og politikk i forebyggende helsearbeid*. Oslo, Ad Notam Gyldendal
- Fenner, Frank. et al. 1988. *Smallpox and its eradication*. World Health Organization, Geneva
- Fjell, T. I. 2005. "Fri tvang eller tvingende frihet – eller begge deler? Om vaksineringspraksiser i samtids-Norge" *Tidsskrift for kulturforskning*, 4 (3), s. 41-54.
- Gogstad, Anders Chr. 1991. *Helse og hakekors. Helsetjeneste og helse under okkupasjonsstyret i Norge 1940-45*. Alma mater forlag as, Bergen.
- Kjønstad, Asbjørn. "Pasientrettighetenes fremvekst" i Kjønstad, Asbjørn; Syse, Aslak. Helseprioriteringer og pasientrettigheter. 1992. Oslo, Ad Notam Gyldendal
- Larsen, Ø. (red.) 1996. *Norges leger*. Oslo, Den norske lægeforening
- Lobben, Bjørn. 2001. *Polioens historie i Norge: sykdommen, samfunnet og pasienten*. Unipub forlag, Oslo.
- Moseng, Ole. 2003. *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. Bind 1. Ansvar for undersåttenes helse*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Nordby, Trond. 1989. *Karl Evang. En biografi*. Aschehoug, Oslo.
- Ryymin, Teemu S. 2009. *Smitte språk og kultur. Tuberkulosearbeidet i Finnmark*. Spartacus Forlag AS

Schiøtz, Aina. 2003. *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. Bind 2. Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Universitetsforlaget, Oslo.

Seip, Anne-Lise. 1994. *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-75*. Gyldendal norsk forlag, Oslo.

Vallgård, Signhild. 2003. *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Århus, Aarhus Universitetsforlag

Slagstad, Rune. 2001. *De nasjonale strateger*. Pax forlag A/S, Oslo.

Sørensen, Øystein. 1991. *Solkors og solidaritet. Høyreautoritær samfunnstenkning i Norge ca. 1930-1945*. J. W. Cappelens Forlag AS. Oslo.

Walsø, Vilde Christoffersen. 2011. *Fra plikt til rettighet: Tvang og frivillighet i norsk vaksinasjonslovgivning fra 1947 til 1994*. Masteroppgave.

Trykte kilder

Kilder fra Riksarkivet (R. A.)

S-1285 Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, H3 Tuberkulosekontoret (S-1285. S. dept. H.dir H3)

D 70 Propaganda for BCG-vaksinasjon

S-1287 Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, H5 Hygienekontoret (S-1287. S. dept. H. dir H5)

D 82 Poliovaksinasjon

D 95 Lov om vaksinasjon

Helsedirektør Karl Evangs utgivelser

Evang, Karl. 1947. *Gjenreisning av folkehelsen*. Fabritius & sønners forlag, Oslo

Evang, Karl. 1974. *Helse og samfunn. Sosialmedisinsk almenkunnskap*. Gyldendal norsk forlag, Oslo

Aviser og tidsskrift

Aftenposten, 20. april 1951, 13. oktober 1951, 26. november 1951, 30 juli 1960, 13. november 1969, 13. januar 1976, 13. Mai 1976.

Meddelelsesbladet for Helsedirektoratet, 1948, 1949, 1951, 1956, 1957, 1959, 1961, 1963, 1964, 1965, 1966, 1968, 1969, 1971, 1972.

Tidsskriftet for Den norske lægeforening, 1947, 1949, 1950, 1955, 1958, 1961, 1962, 1964, 1965, 1966, 1967, 1969, 1971, 1975, 1976, 1991.

Verdens Gang, 11. juni 1971, 1. november 1974

Materiell fra Nasjonalt folkehelseinstitutt

Vaksinasjonsboka. Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell 2006. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo

Veiledning om vaksinasjon for leger, sykepleiere m.fl. 1979

Vaksinasjoner i barne og ungdomsalder. 1983. Helsedirektoratet & Statens institutt for Folkehelse, Oslo

Stortingets forhandlinger

Innst. O. nr. 1. (Ot. prp. nr. 4 – 1940) *Innstilling fra helsekomitéen om midlertidig lov om vaksinasjon*

Ot. prp. nr. 4 (1940) *Midlertidig lov om vaksinasjon*

Lov om tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose av 12. desember 1947

Lov om røntgenundersøkelse ved skjermbilledfotografering av 12. desember 1947

Lov om endring i lov av 8. mai 1900 angående særegne foranstaltninger mot tuberkuløse sykdommer av 12. Desember 1947

Lov om vaksinasjon nr. 2 av 26. November 1954

Innst. S. nr. 54 (St. prp. nr. 60 - 1955) *Tilråding frå sosialnemda om løyving til vaksinasjon mot poliomyelitt*

Innst. O. nr. 94. (Ot. prp. nr. 42 - 1960-1961) *Innstilling fra Sosialkomitéen om endring i lov om vaksinasjon av 26. November 1954*

Ot. prp. nr. 42 (1960-1961) *Om endringer i lov om vaksinasjon av 26. november 1954*

Nettbaserte kilder

Nasjonalt folkehelseinstituttets nettside:

“Om barnevaksinasjonsprogrammet”:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6566&MainContent_6263=6464:0:25,7072&List_6212=6218:0:25,7087:1:0:0::0:0 (hentet 13. januar 2014, kl 14.29)

“Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge”:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6566&MainContent_6263=6464:0:25,7072&List_6212=6218:0:25,7090:1:0:0::0:0 (hentet 27. januar 2014, kl 21.41)

“Vaksine mot tuberkulose (BCG)”:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6464&Main_6157=6263:0:25,6566&MainContent_6263=6464:0:25,7072&List_6212=6218:0:25,7088:1:0:0::0:0&Content_6464=6430:69488::1:6182:8::0:0 (hentet 28. april 2014, kl 17.21)

“Vaksinehistorikk”:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6566&MainContent_6263=6464:0:25,7072&List_6212=6218:0:25,7090:1:0:0::0:0 (hentet 28. april 2014, kl 17.09)

“Tidligere og nåværende vaksinasjonsprogram i Norge”:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6493&Main_6157=6287:0:25,5501&MainContent_6287=6493:0:25,6827&Content_6493=6441:69504::0:6446:5::0:0 (hentet 9. desember 2013, kl 09.39)

“Smittevernboka”:

<http://www.fhi.no/artikler/?id=82822> (hentet 31.03.2014 kl 15.01)

